Rok XLVIII. Kraków, dnia 30. października 1909. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell. Prof. Reissa i z uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Nowaka.

Spostrzeżenia nad rozpoznawaniem kiły zapomocą próby Wassermanna.

Podał

Dr J. Stopczański,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Resztę badań u 69 chorych można podzielić według objawów na następujące działy:

Przypadków kiły wczesnej, drugorzędnej i nawrotowej badano 45; odczyn dodatni przed leczeniem okazywało 41, ujemny wynik badania stwierdzono u czterech chorych. Przypadków, okazujących, obok dłużej trwającego wrzodu pierwotnego, w którym jednak można było wykazać jeszcze krętki, inne zmiany kiły drugorzędnej, badano dziewięć. Z tego było osiem kobiet z wrzodem pierwotnym na częściach rodnych zewnętrznych. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednej kobiety, odczyn przed leczeniem okazał się dodatnim

Przypadków kiły, nie okazującej zmian, w okresie utajenia, badano jedenaście; z tych siedem z wynikiem dodatnim, a trzy z ujemnym. Przypadki te dotyczyły przeważnie chorych, już poprzednio w klinice leczonych. Chorych z objawami kiły późnej trzeciorzędnej badano trzynastu, odczyn ujemny okazywało zaledwie dwóch.

Z tych badań okazuje się, zgodnie z wynikami, przez innych uzyskanymi, że większość surowic kiłowych daje odczyn dodatni. Najczęściej wypadał odczyn dodatni u chorych z objawami kiły drugorzędnej. Najmniej dodatnich wyników wykazano u chorych z kiłą rozpoczynającą się, badanych w okresie wrzodu pierwotnego przed wystąpieniem zmian drugorzędnych.

Badania różnych autorów nad surowicą chorych z kiłą pierwotną okazują dość znaczne różnice co do ilości dodatnich wyników. Statystyka Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta z kliniki Neissera podaje tylko 8% dodatnich odczynów. Bruck i Stern mają 18% dodatnich odczynów, Citron i Blaschko 90%. Levaditi, Laroche i Jamanosuki podają 46%, Hoffman i Blumenthal 50%, Gross i Volk na 22 badanych znajdują u 9 zupełne zahamowanie hemolizy. Badania surowicy chorych tutejszej kliniki stwierdzają w tych przypadkach na sześciu badanych, trzy dodatnie wyniki, są zatem zgodne z wynikami Hoffmana i Blumenthala. Większość autorów przyjmuje, że dodatni wynik badania zależny jest od czasu, który upłynął od zakażenia, czyli, że ilość dodatnich wyników wzrasta odpowiednio do czasu trwania wrzodu pierwotnego.

Ujemne wyniki w przypadkach kiły, nie okazującej objawów, wykazano u trzech chorych. Jeden z tych chorych przyjęty został do kliniki w dniu 8 czerwca br. z rozpoznaniem plamicy gośccowej *(purpura rheumatica)*, która miała u niego wystąpić po raz pierwszy przed czterema miesiącami. Prócz tego stwierdzono, przy badaniu na obu kończynach na przedniej powierzchni goleni blizny, które wejrzeniem odpowiadały zupełnie wygojonym owrzodzeniom kilakowym. Według wywiadów w miejscach blizn przed trzema laty pojawiły się u chorego owrzodzenia, które przy leczeniu przeciwkiłowem, stosowanem w szpitalu prowincyonalnym, w krótkim czasie uległy zagojeniu. Pierwsze objawy kiły w postaci wrzodu żołędzi zauważył chory przed 15 laty, jak również i wysypkę nie bardzo wyraźną, która zaraz po pierwszych wcieraniach szaruchy miała ustąpić. Jakichkolwiek zmian nawrotowych w jamie ustnej lub na skórze nie pamięta. Drugi przypadek dotyczył 38-letniego wyrobnika z Niska, który w roku 1902 leczony był w tutejszej klinice z powodu kłykcin jamy ustnej i krtani. Wówczas otrzymał cztery miąższowe wstrzyknięcia salicylanu rtęciowego, a następnie po wyjściu z kliniki używał jodku potasu, wogóle w ilości około 200 gr. Przez cały okres siedmioletni nie zauważył żadnych objawów chorobowych, zgłosił się zaś do kliniki z powodu lekkiego zapalenia gardła, które uważał za nawrót kiły. Trzeci przypadek dotyczył matki sześciotygodniowego dziecka, które na skórze tułowia, jakoteż i kończyn, okazywało liczne wykwity wysypki kiłowej guzkowo-plamistej. Na wargach, w kątach ust, jakoteż i w jamie ustnej, wykazało badanie rozległe kłykciny. Objawy te, jakoteż i silna sapka, miały według podania matki wystąpić na dwa tygodnie przed przybyciem do kliniki. Poprzednio miało być dziecko od urodzenia zupełnie zdrowe. Matka karmiła je sama piersią i nie przypuszczała możliwości zakażenia dziecka kiłą, której oznak u siebie nigdy nie zauważyła. Badanie matki oprócz miernego powiększenia gruczołów pachwinowych i szyjnych żadnych objawów wykryć nie zdołało. Gdyby odczyn ujemny, wykazany u matki, miał być uważany za zupełnie miaro-

dajny, t. j. gdyby wyłączał istnienie kiły w jej ustroju, to przypadek ten stanowiłby niewątpliwie przyczynek do poparcia teoryi istnienia tak zwanej *„lues paterna“* w myśl twierdzenia Fingera, który wraz z innymi zwolennikami tej teoryi przyjmuje istnienie kiły wrodzonej drogą nasienia, przyczem matka może ujść zupełnie zakażeniu kiłowemu, lub też nabywa tylko uodpornienia przeciw kile, o ile właśnie pewna ilość ciał ochronnych dostaje się drogą krążenia łożyskowego do jej ustroju. O ile jednak właśnie ciała ochronne dawać mają odczyn Wassermanna, wynikałoby z tego, że w przypadku tym właśnie i o uodpornieniu matki mowy nie ma, skoro odczyn wypadł ujemnie. Naturalnie, że na pewne wnioski dalej idące na podstawie tego przypadku możnaby sobie pozwolić tylko wtedy, gdyby dalsze i wielokrotne badania surowicy matki dawały stale wynik ujemny.

Z przypadków kiły w okresie utajenia zasługuje na uwagę przypadek, dotyczący matki dziecka trzechmiesięcznego, mającego wyraźne objawy kiły w postaci bardzo obfitej i rozległej wysypki i kłykcin dokoła odbytu. Dziecko to w kilkanaście dni po urodzeniu jako zupełnie zdrowe oddała matka na sześć tygodni innej kobiecie, poczem odebrała je z objawami kiły. U matki żadnych zmian chorobowych, badanie wykazać nie zdołało, odczyn zaś próby okazał się dodatnim. W przypadku tym zdaje się wszystko przemawiać pomimo innych pozorów za tem, że u dziecka chodziło o kiłę dziedziczną, na którą wskazuje zarazem i dodatni odczyn próby u matki, pomimo braku widocznych objawów kiły. Podobne i analogiczne przypadki na podstawie ujemnego wyniku szczepienia materyałem kiłowym oznaczali już Caspary, Neumann i Finger, jako uodpornione na jad kiłowy. Badania surowicy, dokonane w ostatnich czasach u matek dzieci kiłowych, a nie okazujących objawów kiły, udowodniły nieraz obecność kiły utajonej. O ile w tych przypadkach możność bezpośredniego udzielania zakażenia teoretycznie na podstawie dodatniego odczynu była usprawiedliwiona, o tyle praktycznie nie była dostatecznie stwierdzona. Przypadek Engelmanna, dotyczący kobiety wolnej od objawów kiły, która w pierwszem małżeństwie, zapłodniona przez męża kiłowego, miała dzieci kiłowe, a w następnem małżeństwie ze zdrowym mężczyzną porodziła również kiłowe dziecko, dowodzi wyraźnie możności zakażenia od matek z kiłą utajoną, a zarazem podnosi znaczenie badania surowic u matek, wolnych od widocznych objawów, a mających dzieci kiłowe. Wykonywanie próby W. N. B. w tych przypadkach, jak również i u dzieci matek kiłowych, a nie okazujących kiły, ma wielkie znaczenie, jak to podnoszą Citron i Bab oraz Bauer, przy wyborze mamek i służących dla dzieci, przyczem nietylko zapewnić się można o wyborze zdrowej mamki, ale również uchronić zdrową mamkę od zakażenia przez dziecko, cierpiące na kiłę utajoną.

Wpływ leczenia na zmianę odczynu badano u 22 chorych. Sześciu chorych leczono nowym przetworem arsenu, znanym pod nazwą arsacetyny czyli acetatoksylu. Przetwór ten, wprowadzony do handlu przez firmę »Meister Lucius«, został przez Ehrlicha, Salmona i Neissera dostatecznie wypróbowany i uznany za środek, który nie wywiera szkodliwego ubocznego działania, jakie okazuje atoksyl, a posiada może większe od niego znaczenie lecznicze. Przetworu tego używano w rozczynie wodnym 15%, wstrzykując podskórnie co drugi dzień po 0,15 na dawkę. Rozpoznania u chorych leczonych arsacetyną były następujące:

I. *Sclerosis glandis penis. Syphilis maculo-papulosa trunci recens. Pharyngitis specifica.*

II. *Syphilis papulo-pustulosa trunci et extremitatum exulcerans, condyl. palati moll.*

III. *Syphilis papulosa anguli oris et alae nasi.*

IV. *Syphilis condylomatosa faucium et scroti, orbicularis serpiginosa thoracis, pigmentationes post papulosam dorsi et manus utriusq.*

V. *Phimosis, oedema praeputii. Syphilis papulosa trunci recens.*

VI. *Ecthymata syphilitica brachii et manus utriusque.*

(Dok. nast.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Dokończenie).

Zmiany pierwotne na powiekach[75]) spotykamy najczęściej w kąciku oka (i to częściej wewnętrznym), na skórze powieki, stąd przechodzi ona na przylegającą do niej spojówkę powiekową. Słoninowate dno wrzodu, cechujące stwardnienie, dające się wykazać przy obmacaniu palcami, powiększenie gruczołów przedusznych, a często i podszczękowych po stronie zajętej, ułatwiają rozpoznanie zmiany. Niektórzy (Zeissl, Jullien, Krelling) podnoszą, że naciek, powstający w następstwie zmiany na powiece i jej spojówce, odznacza się znacznem stwardnieniem i długością jego trwania (la persistance du néoplasme), znacznie większą, aniżeli na innych miejscach skóry lub błony śluzowej.

W jednym z dwu przypadków wrzodu na powiece, który miałem sposobność sam spostrzegać, następowe stwardnienie istotnie utrzymywało się przez kilka miesięcy w postaci twardego, zbitego guzka, z długo utrzymującem się sinem zabarwieniem skóry.

Wrzody na spojówce gałkowej należą do rzadkości; Gutzeit[76]), ogłosił w r. 1904 taki przypadek u czeladnika kowalskiego, u którego powstał wskutek wylizywania oka przez wiejską babę celem wydobycia z worka spojówkowego opiłka żelaznego; takich przypadków zestawił Gutzeit z całej literatury 21. Występować zaś one mają już to pod postacią zwykłej, lekko wgłębionej nadżerki, już też jako głębokie owrzodzenie o brzegach ostrych[77]). Według Gutzeita postać pierwsza ma być częstszą; towarzyszące jej silne obrzmienie spojówki, w stosunku do tej ostatniej mniej wybitne nastrzykanie, brak wydzieliny i nieznaczne objawy podmiotowe mają stanowić zbiór cechują-

---

[75]) Dwa przypadki wrzodu pierwotnego na powiekach spostrzegał Szulisławski (kiła oka — Lwów 1906); w obu powstał wrzód przez pocałunek i obejmował kącik oka lewego w ten sposób, że znaczniejsza część wrzodu znajdowała się na skórze powieki dolnej, mniejsza na górnej.

[76]) Gutzeit. Der syph. Primäraffect der Augapfelbindehaut. Archiv f. D. u. S. T. 59. R. 1904. Str. 349.

[77]) Touchaleaume. Etude sur la chancre syph. de la conionct Paris 1889.

cych objawów, ułatwiających wcale wczesne rozpoznanie zmiany.

Przy rozpoznawaniu zmian pierwotnych na spojówce powiekowej, mieć trzeba na uwadze, że występujące tu dość rzadko (przypadków takich widziałem 2 lub 3), zmiany wtórne w postaci kłykcin, przedstawiają się jako żywo czerwone, okrągłe, ściśle ograniczone nacieki, o brzegach i podstawie płytkowato twardej.

Wrzód pierwotny na rogówce zaliczają do bardzo wielkich rzadkości; przypadek taki spostrzegał Jullien[78])

Zmiany pierwotne, spotykane w nosie, należą do mniej częstych; w zebranej przezemnie literaturze znalazłem ich 26 = 3%, usadowione zaś one były na częściach zewnętrznych t. j. na skrzydełkach, końcu lub grzbiecie nosa 14 razy, na błonie śluzowej jamy nosa, a zwłaszcza przegrody, 12 razy. Przy umiejscowieniu na skórze nosa nie różnią się ich cechy niczem od spotykanych na innych miejscach skóry; umiejscowione na błonie śluzowej, przedstawiają się albo jako płaskie owrzodzenia, o brzegach ostrych, naciekłej i twardej podstawie, lub też jako małe nacieki z owrzodzeniem w środku (*ulcus elevatum* — Ramognini).

Przy dłuższem trwaniu wrzodu występować mogą silne bole, promieniujące ku czołu i policzkom, a jako cechujące znamiona podaje Ramognini niebolesne obrzmienie nosa i skóry sąsiadującego policzka. Przy umiejscowieniu wrzodów w jamie nosowej nasuwają się niewątpliwie pewne trudności rozpoznawcze: pamiętać bowiem należy, że oprócz spraw chorobowych, dla których nos jest częstą siedzibą (gruźlica, wilk, twardziel), musimy tu mieć na uwadze występowanie zmian drugorzędnych, w końcu tak często tu spotykane, szczególniej na przegrodzie, zmiany kiły późnej.

Zmiany pierwotne na wargach ust, zaliczane do najczęstszych, spotykamy albo na skórze warg, poniżej lub w miejscu jej przejścia w błonę śluzową, albo też na samej już błonie śluzowej. W pierwszym wypadku przedstawia się ona jako guz zbity, twardawy, dający się dobrze odgraniczyć (skleroza), lub jako charakterystyczny wrzód pierwotny. W drugim przypadku mogą występować pod postacią płytkich, powierzchownych nadżerek, o brzegach z otoczeniem równych, ostro się odgraniczających, przy obmacaniu okazujących typowe stwardnienie, powierzchni łatwo krwawiącej i naciekłej podstawie. Rozległość i głębokość takich nacieków może przybierać znaczne rozmiary i przybrać cechy, które określamy jako *scleroedema*, lub też spowodować bardzo znaczne obrzmienie całej wargi, jej wywinięcie lub kształt ryjkowaty.

Powierzchnia owrzodzona pokrywa się szarym nalotem lub grubą, ściśle przylegającą i trudno dającą się oddzielić warstwą słoninowatej tkanki; albo wskutek wpływów zewnętrznych, ciągłego zasychania, pękania, ślinienia pokrywa się brudnym strupem (chancre crouteux Fourniera), po którego oddzieleniu występuje na jaw właściwe, silnie krwawiące owrzodzenie. Owrzodzenia na wargach są niejednokrotnie bardzo bolesne, wskutek tworzenia się szczelin i rozpadlinowych pęknięć, spowodowanych ruchami warg.

Zmianom pierwotnym na wargach towarzyszy zawsze bardzo znaczne obrzmienie i stwardnienie najbliżej położonych gruczołów chłonnych t. j. podszczękowych i szyjnych.

Zmiany pierwotne na migdałach przedstawiają obraz różny, zależnie od czasu ich trwania. W tych wypadkach, w których chorych badano w okresie początkowym (Morell-Lavallée, Boeck[79]) pierwsze objawy nie różnią się wiele od zwykłych zmian zapalnych — a zatem spotykamy zaczerwienienie, nieznaczny obrzęk, lekkie objawy podmiotowe. W okresie już dłużej trwającym spotykamy znaczne już powiększenie dotkniętego migdała, uderzające, o ostro rysujących się liniach, zaczerwienienie, które przechodzi w barwę ciemno-wiśniową lub nawet ciemno-fioletową. Po większony migdałek okazuje przy obmacaniu wybitne stwardnienie, dochodzące do chrząstkowatej twardości. Stanowi temu towarzyszy wczesne i wybitne powiększenie i stwardnienie gruczołów chłonnych, najpierw podszczękowych, następnie podbródkowych i szyjnych. W dalszym ciągu powstają na powierzchni zajętego migdałka albo małe nadżerki, ostro odgraniczone, ciemnoczerwone, lub nalotem szarym pokryte, lub też płytkie, słoninowate owrzodzenia, albo w końcu rozległy wrzód o brzegach strzępiastych, chrząstkowato-twardych, dnie rozpadłem, pokrytem brudno szarym lub błonicowym nalotem. Łatwość zakażenia wtórnego w tem miejscu może spowodować zropienie i rozpad całego migdałka, z pozostawieniem rozległego i głębokiego wrzodu, obejmującego miąższ gruczołu, o brzegach i podstawie twardych, strzępiastych i dnie, pokrytem szczątkami rozpadłej tkanki. Tę dwojaką postać wrzodów określił Fournier jako nadżerkową i wrzodową (difteritische, gangränöse). Stanowi takiemu mogą towarzyszyć ciężkie objawy ogólne, wysokie podwyższenie ciepłoty, przyspieszenie tętna, w ogólności objawy, jakie niekiedy się spotyka przy zakażeniach ropnych migdałków.

Przy rozpoznawaniu tych zmian mogą się zdarzać pomyłki rozpoznawcze; obok pomieniania ich ze zmianami drugorzędnymi, o czem już wspomniałem, rozpoznawano je jako zmiany gruźlicze lub złośliwe nowotwory. Lang[80]) np. podał, że w jednym przypadku rozpoznano raka, w innym mięsaka migdała, Münchheimer zaś przytacza przypadek operacyjnego leczenia migdałów u 40-letniej chorej, w którym się później okazało, że byłto pierwotny wrzód kiłowy.

Zmiany pierwotne na języku, według Sędziaka i Bulkleya należą również do dość częstych; wśród przypadków przezemnie zebranych, znalazłem ich 20 (= 2·3%). Przedstawiają się one jako nacieki kształtu okrągłego, o brzegach wprawdzie ostro zaznaczonych ale równo z otoczeniem się zlewających, twardych, podstawie zbitej; powierzchnia ich podlega prawie zawsze owrzodzeniu, łatwo krwawi, stąd też są przyczyną znacznej bolesności i utrudnienia ruchów języka. Przy rozpoznaniu łatwo mogą być pomieniane z wrzodami gruźliczymi: podobny przypadek miałem w leczeniu przed kilku laty. Dotyczył on 29-letniego strażaka pożarnego, który się na wiosnę zgłosił z wrzodem na końcu języka, kształtu okrągłego, wielkości halerza, o brzegach postrzępionych, podminowanych, dnie, pokry-

---

[78]) cyt. przez Krelinga. Zwei Fälle von extragen. Localisation des Primäraffectes. Vierteljahrschrift f. Derm. u. Syph. T. 15. 1888.

[79]) cyt. Szadek.

[80]) Lang l. c.

tem łatwo krwawiącemi ziarninami. Mimo wyraźnego nacieku, stwardnienie okazywało się przy obmacywaniu mało cechującem; bolesność wrzodu znaczna, powiększenie gruczołów podszczękowych bardzo nieznaczne. Rozpoznanie było dość trudnem; po kilku tygodniach wrzód przy pędzlowaniu słabym rozczynem sublimatu, zabliźnił się do $^{1}/_{3}$ swej powierzchni, dając zbitą, gładką bliznę. Równocześnie jednak, a było to w 6—7 tygodni po pojawieniu się zmiany na języku, wystąpiło ogólne osłabienie, dreszcze, gorączka, kaszel, szybko postępujące ogólne wyniszczenie, badaniem zaś było można wykazać zmiany w szczycie płuca prawego. Wrzód na języku uległ ponownemu rozpadowi, w krótkim czasie chory zmarł w szpitalu a sekcya stwierdziła zmiany gruźlicze w płucach.

Zmiany pierwotne na sutkach kobiecych, stanowiące według Mauriaca, Fourniera, Pospelowa i innych $^{2}/_{3}$ wszystkich zakażeń pozapłciowych, jeżeli są umiejscowione na skórze samego sutka, nie odbiegają w niczem od cechującego typu wrzodów pierwotnych, na częściach płciowych. Ze względu jednakże na najczęstszą przyczynę ich powstawania w tem miejscu, t. j. karmienie i z powodu łatwo występujących przy tej czynności obrażeń i pęknięć, umiejscawiają się one przeważnie na samej brodawce piersiowej lub w najbliższem jej otoczeniu. Wówczas kształt i wejrzenie zmiany pierwotnej ulega pewnej zmianie: a mianowicie kształt jej może być albo szczelinowaty, owalny lub okrągły, przedstawiać się zaś może jużto w postaci małego, powierzchownego otarcia, barwy żywoczerwonej lub pokrytego strupkiem, już też w postaci wrzodu o brzegach charakterystycznie twardych, ściśle z podstawą zrosłych. Jeżeli wrzód zajmuje samą brodawkę, jest ona wtedy spłaszczona, zbita, barwy ciemnoczerwonej. Przy zmianach pierwotnych na sutkach i brodawkach piersiowych stwierdzamy znaczne pewiększenie i stwardnienie gruczołów pachowych i gruczołów leżących na dużym mięśniu piersiowym. Blizny po wrzodach pierwotnych na brodawkach nadają jej przez dłuższy czas zabarwienie sino-brunatne, stwardnienie utrzymuje się niemniej długo, a nadto powodują zmianę w jej kształcie, a mianowicie spłaszczenie całej brodawki.

Wejrzenie zmian pierwotnych na palcach rąk może przedstawiać również pewne odmiany, zależnie od miejsca usadowienia. Przy umiejscowieniu po stronie grzbietowej palców, z powodu małej wiotkości tkanki, przychodzi do mniej wyraźnego i odgraniczonego stwardnienia, natomiast naciek staje się więcej rozlanym. Jeżeli zmiana pierwotna umiejscowi się na końcowych członach, pod lub tuż przy samym paznokciu, które to umiejscowienie ze względu na sposób zakażenia, należy do częstszych, natenczas wygląd jej zewnętrzny może również przedstawiać pewne różnice. A mianowicie może występować pod postacią zanokcicy (*panaritum sub ungue*), której towarzyszy znaczny i bardzo bolesny naciek, lub też okazywać wszelkie znamiona wrzodów, określonych przez Fourniera jako *ulcus fungosum*[81]). Kształt wrzodu stać się może więcej owalnym, podłużnym, podstawa naciekła ale niedająca się ściśle odgraniczyć, brzegi stwardniałe, jednak bez właściwej cechującej chrząstkowatości, dno słoninowate lub żywoczerwoną ziarniną pokryte. Przy wrzodach palcowych przychodzi zawsze do powiększenia i stwardnienia gruczołów łokciowych, które przybiera niekiedy bardzo znaczne rozmiary; niemniej powiększone są gruczoły pachowe po tej samej stronie.

Co do zmian pierwotnych, spotykanych na innych miejscach powłok skórnych, jak rękach, udach, brzuchu, nie przedstawiają one odrębnych a wybitniejszych właściwości klinicznych. Zależnie od mniejszej lub większej wiotkości tkanki, na której są umiejscowione, okazywać mogą w podstawie i brzegach swoich mniej odgraniczone i mniej wybitne stwardnienie, a natomiast trafniejby je można określić jako zgrubienie. Tasama wiotkość może wpływać na rozmiary wrzodu: Gaston np. opisał wrzód pierwotny na brzuchu, który miał kształt elipsy, 6 cm długiej a 4 cm szerokiej. Pod względem rozpoznawczym zwrócić atoli należy uwagę na to, że i zmiany drugorzędne w miejscach skóry o wiotkiej tkance, a narażonych na wpływy zewnętrzne np. tarcie odzieży, zanieczyszczenie, drapanie, mogą przybierać kształt dużych owrzodzeń o naciekłej podstawie; cechujące jednak stwardnienie lub zgrubienie brzegu, ostre ich odgraniczenie, a, co najważniejsza, wybitne i typowe powiększenie sąsiednich gruczołów chłonnych, odgrywają tu rolę ważnych szczegółów rozpoznawczych.

Pod względem rokowania co do przebiegu kiły, nabytej drogą pozapłciową, zaznaczyć należy, że zapatrywanie na tę sprawę nie są jednolite i ustalone. Pewna część autorów, opierając się na tej okoliczności, że w niektórych przypadkach zakażenia pozapłciowego, wystąpiły objawy ciężkiej kiły ogólnej (*syphilis maligna*), jest zdania, że kiła tą drogą nabyta odznacza się z reguły złośliwym i ciężkim przebiegiem; szczególniej powoływano się w tej mierze na przypadki kiły, ciężko przebiegające u lekarzy, a nabytej przez nich na palcach w drodze zawodowej. Diday, Boeck i Bulkley twierdzą o ostrym przebiegu kiły, nabytej przez zarażenie przez gardło, w szczegolności migdały. Neuman utrzymuje, że kiła pozapłciowa usposabia do ciężkich zmian drugorzędnych, a motywuje tę okoliczność możliwością zakażenia mięszanego, w przypadkach, narażonych na zetknięcie z ziarenkowcami ropnymi. Krefting również zaznacza, że przebieg jej cechuje się wybitniejszymi i rozleglejszymi zmianami na skórze, częstymi nawrotami, skłonnością do zapaleń tęczówki i t. p. Niektórzy, przyjmując związek przyczynowy między sposobem zakażenia a ciężkością zmian jako pewnik, starali się go wytłomaczyć teoretycznie; i tak Dugteren i Walsen[82]) starali się wyjaśnić cięższy przebieg odpornością tkanek nabytą: odporność ustroju wobec zarazka kiłowego zwiększa się u następnych pokoleń skutkiem przebycia choroby przez przodków, a zwłaszcza zwiększa się odporność miejscowa części płciowych; tej miejscowej odporności nie posiadają tkanki położone poza częściami płciowymi.

Petrini[83]) tłomaczył cięższe przypadki kiły pozapłciowej przy umiejscowieniu zmiany pierwotnej w górnych częściach ciała tą okolicznością, że większa obfitość dróg

[81]) Fournier. Klin. syph. digitale. Journal de med. et chir. Ottobre 1895.

[82]) Dugteren i Walsen. Mittheilungen ans der Klinik und Poliklinik für Haut u. vener. Krankheiten. Ref. Archiv f. D. u. S. T. 21.

[83]) cyt. przez Münchheimera.

chłonnych tych części jest powodem większego nasiąknięcia ustroju zarazkami.

Inni, a i tych jest szereg poważny, nie przychylają się do zapatrywania, jakoby umiejscowienie pozapłciowe samo przez się miało mieć wpływ decydujący na typ przebiegu kiły, a spotykana w takich razach ciężkość jego jest jużto okolicznością przypadkową już też przyczyny jej szukać należy w innych, zupełnie ubocznych momentach.

Fournier[84]) utrzymuje, że na rokowanie nie wpływa zupełnie okoliczność umiejscowienia zmiany pierwotnej; stara się to udowodnić przez porównawcze zestawienie leczonych przez siebie przypadków kiły późnej, złośliwej i systemu nerwowego centralnego, które to postacie uważane bywają jako dowód ciężkości przebiegu, i przez zbadanie ich pochodzenia — płciowego lub pozapłciowego. W tabliczce przez siebie zestawionej, dochodzi do wniosku, że na ogólną liczbę takich przypadków było 5·38% pochodzenia pozapłciowego, co odpowiada jego zdaniem, ogólnemu stosunkowi zakażeń pozapłciowych. Również Morrow[85]) odmawia sposobowi wtargnięcia zarazka do ustroju wszelkiego wpływu na rodzaj przebiegu kiły. Nie zgadza się również z tem zapatrywaniem Taylor[86]) i utrzymuje, że przebieg jest taki sam jak przy zakażeniu płciowem. Co do ciężkości przypadków pozapłciowej kiły u lekarzy, Brandis[86]) i inni na podstawie swych własnych spostrzeżeń przypisują ją niedokładności w leczeniu, świadomości stanu, wywołującej przygnębienie moralne i ciężkości zawodu.

Na podstawie własnych, acz niewątpliwie szczupłych spostrzeżeń, których przebieg jednakże pilnie śledziłem, nie mógłbym się przychylić do tego, by umiejscowienie samo przez się oddziaływało na przebieg i postać choroby. Zrobiłem jedynie to spostrzeżenie, że tak samo jak przy zakażeniu płciowem, wpływają i tu na przebieg kliniczny przedewszystkiem ogólne warunki ustroju, sposób zachowania się chorego i sposób leczenia. Że pewne okoliczności uboczne, jużto natury zewnętrznej lub odmienne warunki fizyologiczne mogą tutaj wpływać, to nie ulega wątpliwości, tak np. możność zakażenia mięszanego przy wrzodach na migdałach lub palcu, większa wrażliwość ustroju w danej chwili, a zatem przy zakażeniach na brodawkach piersiowych u osób wyczerpanych porodem lub karmieniem itp.; w końcu może mieć pewne znaczenie mylne i późne rozpoznanie, które opaźniając zastosowanie właściwego leczenia, może wpłynąć na uporczywość poszczególnych objawów choroby.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Adam Bochenek. **Anatomia człowieka.** Tom I. Kraków, 1909. Nakładem Akademii Umiejętności.

Ukazanie się nowego podręcznika w piśmiennictwie polskiem powitać należy za każdym razem z wysokiem uznaniem i zadowoleniem. Nowy podręcznik bowiem ułatwia nietylko studyum danego przedmiotu, lecz wzbudza także zamiłowanie do niego. Posiłkowanie się podręcznikiem, napisanym w obcym języku, jest dla młodziezy niezmiernem utrudnieniem studyów, ponieważ pokonać trzeba podwójne trudności: niedostateczną znajomość języka obcego i przedmiot sam, który, jak w anatomii, wymaga dość znacznych zdolności pamięciowych i żywej wyobraźni.

Brak polskiego podręcznika anatomii człowieka dał się odczuwać oddawna, a tem więcej w czasie obecnym, gdy do uniwersytetów naszych napłynęło dużo młodzieży z Królestwa, która mało, albo wcale nie znając języka niemieckiego, pozbawiona była możności posiłkowania się podręcznikami niemieckimi, najczęściej używanymi przez młodzież naszą. Nie było więc innej rady, jak uczyć się tutaj w Galicyi z podręczników rosyjskich! Serdeczna wdzięczność należy się ze strony tej młodzieży kol. Bochenkowi za trud, którego podjął się, wydając podręcznik, a Akademii za środki, umożliwiające wydanie tego dzieła.

Wydanie podręcznika anatomii z rycinami jest zadaniem bardzo trudnem. Wprawdzie można było co do rycin wejść w układ z wydawcami anatomii w obcych językach, lecz są to pertraktacye długie, kończące się zwykle na niczem z powodu wygórowanych cen, jakie obcy autor lub wydawca żąda jako wynagrodzenie za użycie klisz. Nie pozostaje więc inna droga, jak zabrać się do roboty od początku, jak to uczynił kol. Bochenek, t. j. od zrobienia rysunków z preparatów muzealnych i własnych. Wybór odpowiednich preparatów, rysunki, napisanie tekstu, wykonanie klisz, druk, niezliczone korekty, oto droga mozolna, która doprowadziła do wydania »Anatomii człowieka«, dzieła, które jak na nasze stosunki i środki przedstawia się wprost wspaniale.

Uwzględniając te trudności, zrozumiemy łatwo, dlaczego dotychczas ukazał się tylko tom pierwszy. Zarzutu z tego powodu nie można autorowi uczynić; czuł on to sam dostatecznie i tłómaczy się w przedmowie.

Jak prawie we wszystkich nowszych podręcznikach anatomii, tak i w dziele kol. Bochenka ryciny mieszczą się w tekscie, nie zaś w osobnym atlasie, co ułatwia użycie dzieła i zmusza uczącego się do dokładniejszego przestudyowania poszczególnych ustępów, a nie ogranicza do wyuczenia się samych objaśnień rycin, jak to dawniej często praktykowano przy użyciu odrębnych atlasów.

Po wstępie, określającym stanowisko anatomii względem innych nauk biologicznych, następuje rys historyi anatomii. Osobny ustęp poświęcony został historyi anatomii w Polsce i Litwie; ustęp ten niewątpliwie wzbudzi zainteresowanie, ponieważ wiadomości o katedrach anatomii, po mniej dostępnych wydawnictwach rozproszone, pierwszy raz w nowszych czasach połączone zostały w jedną całość.

Dalej daje autor pogląd na budowę i czynności komórki i kreśli na 42 stronicach rozwój człowieka, ilustrując te działy licznemi (66) rycinami. Plan organizacyi ciała ludzkiego i rys nauki o tkankach tworzą zakończenie części ogólnej dzieła. Starszym lekarzom tak obszerne traktowanie embryologii i histologii mogłoby wydawać się w podręczniku anatomii zbytecznem. A jednak wiadomości podstawowe z zakresu embryologii są obecnie dla zrozumienia licznych stosunków anatomicznych niezbędne i znajdują się dlatego w każdym nowszym podręczniku anatomii.

Przeglądając część szczegółową, zawierającą opis kości, stawów, więzadeł i mięśni, widzimy z przyjemnością wielką ilość (206) przeważnie artystycznie wykonanych rycin, z których więzadła i mięśnie są uwydatnione drukiem dwubarwnym. Nie jest to zbytkiem, bo dobry i piękny wzór mimowoli wpływa na wykonanie preparatu anatomicznego. Preparat anatomiczny ma być pracą naukową, lecz pracą starannie wykonaną i wywołującą pewne zadowolnienie pod względem estetycznym. Prócz strony naukowej zajęcia praktyczne w prosektoryum mają dla początkujących medyków ważne zadanie dydaktyczne, mianowicie przyuczania ich do roboty sumiennej i czystej, dla której w dziele Bochenka znajdą doskonałe wzory.

Przy opisie każdej kości znajduje się krótka wzmianka o jej rozwoju, a przy opisie mięśni o ich działaniu i najczęstszych ich zboczeniach.

Opisy poszczególne są jasne, zwięzłe i poprawnym językiem napisane. W tym względzie były do przezwyciężenia niemałe trudności. Wobec niezupełnie ustalonej terminologii i wprowadzenia nowych nazw i określeń do opisów anatomicznych, trzeba było stworzyć nowe wyrazy polskie lub też przyjąć spol-

[84]) Fournier. Prognostic de la Syphilis issua de chancres extragez nitaux. La Semaine med 1795. Nr 60.

[85]) Morrow. Extragen. Schanker und ihre Prognose.

[86]) R. W. Taylor. Die Prognose der Syphilis. Ref. Monatschr. f. ps. D. R. 1905. str. 46.

[87]) Brandis. Über Sypphilis gravis bei Ärzten. Ref. Arch. f. D. u. S. T. 48.

szczone łacińskie. Purystom może wydawać się to okrucieństwem, dydaktycznie jest to niezmiernem ułatwieniem, bo zamiast opisów dłuższych, określa się rzecz jednem słowem. Niewiele jest takich wyrazów obcych, a gdzie są użyte, tam i konieczne. Mając na względzie, że każdy język ma swoją ewolucyę, przyswajania obcych elementów, w miarę do języka wprowadzanych, nie należy uważać za niewłaściwe.

Życzyć należy, ażeby dzieło, z tak wielkim nakładem pracy i kosztów wydane, przyniosło społeczeństwu jak największe korzyści. Dzieło to gorąco polecić można nietylko uczącej się młodzieży, lecz także lekarzom, którzy w niem z pewnością znajdą mniej lub więcej szczegółowe wiadomości, w praktyce im potrzebne. *Hoyer.*

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

E. Graham. **Leczenie chorób świeżem powietrzem.** (*Arch. of Pediatr.* Luty 1909).

Autor stosuje od ośmiu lat zarówno u swych chorych szpitalnych, jak i w praktyce prywatnej świeże powietrze, jako środek leczniczy i osiąga dzięki temu nowemu czynnikowi doskonałe wyniki. Do leczenia tego nadają się u dzieci zarówno choroby zakaźne (autor stosował leczenie świeżem powietrzem w durze, odrze, zapaleniu płuc, gruźlicy), jak i cierpienia narządów trawienia, zarówno starsze dzieci, jak i niemowlęta; autor wysyła swoich chorych bez względu na porę roku i pogodę (nawet styczniowy mróz, śnieg i wiatr nie stanowią przeciwwskazania) bądź na zupełnie wolne powietrze, bądź na werandy o tej samej ciepłocie (szpital dziecięcy w Filadelfii jest odpowiednio do tego urządzony) i pozostawia je tam całymi dniami, wnosząc na salę tylko dla zmiany opatrunku, zbadania dziecka i t. p. Dzieci są ciepło ubrane, nie przeziębiają się więc, a oddychanie najzimniejszem nawet, lecz czystem powietrzem nietylko nie szkodzi, lecz uzdrawia. *H. Rozenblatówna.*

Dyskusya nad odczytami o leczeniu świeżem powietrzem (wygłoszonymi na XX. Zjeździe amerykańskiego Towarzystwa pedyatrycznego). (*Arch. of. Pediatr.*).

Mówcy, którzy uczestniczyli w tej dyskusyi, podzielają w zupełności entuzyastyczny pogląd prelegentów na leczenie znacznej liczby chorób dziecięcych świeżem i zimnem powietrzem. Nawet i odra nie stanowi pod tym względem przeciwwskazania (R. G. Freeman). Szczególną uwagę należy zwrócić na leczenie krzywicy świeżem powietrzem, gdyż cierpienie to powstaje przedewszystkiem pod wpływem braku czystego powietrza (A. Jacobi). Wszyscy mówcy zgodnie zaznaczają popularność, jaką nowa metoda leczenia zyskała w bardzo krótkim przeciągu czasu śród najszerszych sfer społeczeństwa amerykańskiego.

H. Rozenblatówna.

J. S. Wile. **Leukocyty w chorobach płuc u dzieci.** (*Arch. of Pediatr.* Marzec 1909).

Przy badaniu krwi u dzieci należy przedewszystkiem zwracać uwagę na ilościowy stosunek różnych rodzajów leukocytów; bezwzględna ilość wszystkich krwinek białych, t. j. leukocytoza i leukopenia, mają znacznie mniejsze znaczenie rozpoznawcze.

W cierpieniach płuc, badanych przez autora pod względem hematologicznym, jakoto w gruźlicy, zapaleniu oskrzeli, krztuścu, dychawicy, zapaleniu płuc, oraz ropniaku opłucnej, napotykamy najrozmaitsze zmiany w stosunku ilościowym różnych postaci leukocytów. N. p. przy krztuścu występuje wybitna limfocytoza (do 50.000 w mm^3). Przyrost limfocytów zaczyna się w okresie nieżytowym jeszcze przed wystąpieniem kaszlu i osiąga szczyt w okresie napadów kaszlu (st. convulsivum). Zwiększenie się ilości leukocytów eozynofilnych wskazuje na początek ozdrowienia.

Podobnie w gruźlicy: ilość leukocytów eozynofilnych stoi w odwrotnym stosunku do rozwoju cierpienia i zmniejszenie się ilości tych komórek (zarówno jak i bazofilnych) pogarsza rokowanie. Limfocytoza przy gruźlicy wskazuje na jakieś zakażenie wtórne, gdyż sama sprawa gruźlicza nie wpływa na białe ciałka krwi.

Dla dychawicy znamienny jest znaczny przyrost krwinek eozynofilnych, a dla całej grupy cierpień, obejmującej: zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnej — leukocytoza, wywołana przez leukocyty wielojądrzaste neutrofilne. Najwyższą odsetkę leukocytów tego typu: 73 i 75% napotykamy przy ropniaku opłucnej i zapaleniu płuc. *H. Rozenblatówna.*

Adolf Kutschera. **O wpływie leczenia przetworami gruczołu tarczowego na przyrost wzrostu w matołectwie endemicznem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 22, str. 771).

Poczynając od roku 1907 władze rządowe podjęły w Styryi energiczną walkę z matołectwem endemicznem. Przy pomocy lekarzy okręgowych i nauczycieli ludowych prowadzi się szeroką akcyę w celu uświadomienia rodziców o istocie matołectwa i zaznajomienia ich ze sposobem walki z tem cierpieniem. W kraju urządzono 37 stacyi obserwacyjnych. Dwa razy do roku okoliczne dzieci ściśle się bada. Matołki otrzymują przepis leczenia i setkę tabletek, z których każda zawiera 0,3 gruczołu tarczowego. Chory otrzymuje najwyżej jedną tabletkę dziennie. Dzieci młodsze od 3 lat, lub dzieci źle znoszące tabletki, otrzymują tylko ½ tabletki dziennie, lub 1—2 tabletek tygodniowo. Wyniki przy takiem ograniczaniu dawek nie są wcale gorsze. Nie znosi tabletek 2,4% chorych. W takich razach zwykle natychmiast po pierwszej dawce występują wymioty i ponawiają się czasem nawet przy pokazywaniu tabletek choremu. Ogółem poddano leczeniu w ciągu tych dwóch lat 1011 osób, które razem spożyły 266,500 tabletek. Z tej liczby chorych odpadło z powodu braku zainteresowania się leczeniem 403 osoby. Reszta — 607 osób — pozostawała pod stałym nadzorem lekarskim. Przyrost wzrostu ciała służył jako miara skuteczności leczenia. Autor zauważył bowiem, że współrzędnie z przyspieszeniem wzrostu znikają i inne dolegliwości, towarzyszące cierpieniu. Pod wpływem leczenia gruczołem tarczowym wzrost powiększył się u 85,7% chorych o tyle, że dosięgnął liczby, większej od liczb średnich, prawidłowych dla danego wieku. W 10,2% osiągnięty przyrost wzrostu nie odpowiadał liczbom prawidłowym. W 8,6% przypadków nie osiągnięto żadnego skutku. Były to najprawdopodobniej przypadki niedołęstwa umysłowego, a nie matołectwa. Co się tyczy wieku chorych, to przeważnie starano się dobierać do leczenia dzieci w wieku przedszkolnym. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by leczenie gruczołem tarczowym nie działało w późniejszym wieku. Wyniki nadspodziewanie dobre powiodło się uzyskać nawet u matołków, starszych nad 20 lat. Najwyraźniej zaś objawiły się wyniki leczenia w tych przypadkach, gdy jedno z rodzeństwa zażywało tabletki, drugie zaś nie. Gdy i to drugie poczęło zażywać gruczoł tarczowy, różnica we wzroście i w ogólnym stanie zdrowia wyrównywała się zupełnie.

Miecz. Michałowicz.

Ernst Mayrhofer i Ernst Pribram. **Doświadczenia z odżywianiem noworodków konserwowanem mlekiem kobiecem.** (*Wiener klin. Wochs.* 1909. Nr 26, str. 912).

Pracując na stacyi osesków w szpitalu Fr. Józefa w Wiedniu, byli autorowie nieraz zmuszeni przyjmować do zakładu słabe i przedwcześnie urodzone noworodki. Odżywianie osesków napotykało w takich razach na wielkie trudności. Oseski nie znosiły mleka krowiego, jednocześnie zaś nie można było dostać potrzebnej liczby mamek. Jedynem wyjściem było posługiwanie się mlekiem kobiecem, odciągniętem z piersi położnic w sąsiednich przytułkach położniczych. Chęć zakonserwowania otrzymanego z taką trudnością mleka zmusiła autorów do próbowania rozmaitych proponowanych ostatnimi czasy sposobów. Najpraktyczniejszym okazał się sposób Buddego. Pojedyncze, różnego pochodzenia, nieraz bardzo niewielkie porcye mleka mieszano razem. Do litra takiego mleka dodawano 0,2 cm^3 30% roztworu perhydrolu (Mercka). Następnie wstawiano tak przygotowane mleko do regulującej się łaźni wodnej Ostwalda przy ciepłocie 50° C. Natychmiast poczynał występować tlen. Mleko we flaszkach skłócano od czasu do czasu. Po godzinie zamykano kurki od flaszek i przenoszono je do lodowni, gdzie mleko stało następnie przez całe tygodnie, nie tracąc nic na wartości. Dodać należy, że przy odciąganiu pokarmu z piersi okazała się najpraktyczniejszą pompka Jaschkego (opisana w Zentralbl. für Gynäkologie 1909 r. Nr 15). Zaletą buddyzowanego mleka jest zupełne zachowanie jego własności biologicznych, pomimo całkowitego wyjałowienia. Z tego względu pokarm buddyzowany może być z powodzeniem stosowany w chorobie Barlowa. Załączone do artykułu protokóły kliniczne oraz krzywe wagi stwierdzają, że słabe i wycieńczone oseski doskonale znoszą utlenione tym sposobem mleko. Autorowie artykułu polecają gorąco urządzenie w przytułkach położniczych i zakładach dla mamek stacyi, zbierających i utleniających nadmiar pokarmu, który obecnie ginie nie zużytkowany. *Miecz. Michałowicz.*

Oskar Witzinger. **Przyczynek do dyetetycznego leczenia wyprysku u osesków.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, Nr 23, str. 1904).

Autor stosował zupę Finkelsteina w 8 przypadkach wyprysku u przekarmionych osesków w wieku od 5—12 miesięcy. By móc porównać wyniki leczenia dyetetycznego z wynikami leczenia maściami, smarował autor jedną połowę twarzy maścią, drugą zaś zostawiał bez maści. Zdaniem autora maść nie wpływała na przyspieszenie wyników leczenia dyetetycznego. Co się zaś tyczy wpływu dyety Finkelsteina, to wyniki jej wogóle nie były zadowalniające. W jednych przypadkach skutek był dość pomyślny, w innych leczenie nie dało żadnych wyników. Autor przypuszcza, że nawet pozornie jednakowo wyglądające wypryski są skutkiem przyczyn rozmaitych, a więc i leczenie ich wymaga indywidualizacyi. *Miecz. Michałowicz.*

E. Mayer. **W sprawie leczenia surowicą pląsawicy zwyczajnej.** (*Wiener med. Wochs.* 1909. Nr. 23, str. 1290).

Wychodząc z założenia, że pląsawica Sydenhama stoi w częstym związku z gośćcem stawowym pochodzenia paciorkowcowego, próbował autor wstrzykiwać surowicę przeciwpaciorkowcową Aronsona w przypadkach pląsawicy zwykłej. Wyniki wypadły we wszystkich 5 leczonych przypadkach bardzo zachęcająco. *Miecz. Michałowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 13. października 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia dwóch zgłaszających się członków, kolegów Władysława Bujaka i Koźniewskiego. Obaj koledzy zostali jednomyślnie przyjęci.

3) Kol. Janiszewski wygłosił odczyt: **O czyszczeniu miasta ze stanowiska higieny publicznej.**

W dyskusyi kol. L. Bier zaznacza zbyt obszerny temat, wybrany do dzisiejszego odczytu, przez co wiele szczegółów odczytu, ciekawych i nadających się do dyskusyi — podanych w znacznej liczbie — zanikło; pożądanemby było rozłożenie dzisiejszego tematu na kilka odczytów. Godząc się na wiele poglądów zasadniczych z prelegentem, kol. B. nie może jednak uznać zasady, by w przeprowadzeniu asanacyi miasta stan jego finansowy był rzeczą podrzędną, nie odgrywającą roli w sposobach przeprowadzić się mającej asanacyi. Zwłaszcza w miastach naszych, nieprzyzwyczajonych do tego, że wraz z rozwojem i rozszerzeniem się miasta zmieniać się muszą i sposoby jego czyszczenia i nowych wymagać wydatków, należy przy projektach asanizacyi na finanse miast zwracać baczną uwagę i nie obciążać ich jednostronnie. — W sprawie usuwania śmieci z miast i niszczenia ich w zakładzie do spalania, jako jedynie ze stanowiska higieny już teraz racyonalnego sposobu dla Krakowa, nie może się kol. B. zgodzić. Skład zmiotek w miastach angielskich, spalających ogólnie śmieci, jest inny, niż w miastach kontynentu, zwłaszcza wschodnich. Stwierdziły to próby, dokonane ze śmieciami wielu miast niemieckich w zakładzie hamburskim; bez dodatku węgla śmieci te nie dadzą się spalić, co znacznie podraża działalność zakładów spalania śmieci. Przed uchwaleniem zakładu do spalania śmieci należałoby zbadać śmieci krakowskie co do ich palności w zimie i w lecie. Mimo zalecenia przez niemieckie Towarzystwo higieny publicznej spalania śmieci, jako pod względem higieny najracyonalniejszego sposobu niszczenia ich, czy zużytkowywania, nie uznano jednak sposobu tego za najodpowiedniejszy w miastach o liczbie ludności, niedochodzącej do 150 tysięcy, zwłaszcza jeżeli posiadają w promieniu 8—12 klm pola, nieużytki i doły, nadające się bądź do zasypania, bądź do kompostowania śmieci na nawóz. Racyonalnem zużytkowaniem tych pól podnosi się ich wartość rolniczą. Ze stanowiska higieny nie mogą być pola te w sąsiedztwie mieszkań, ani mieć stosunkowo nizkiego stanu wody gruntowej.

Ze stanowiska higieny publicznej — mieszkańców — w sprawie usuwania śmieci z miasta posiadają znaczenie najważniejsze dwie pierwsze czynności; sposób gromadzenia śmieci w domach i sposób wywozu. Sposoby zużytkowania śmieci miejskich posiadają już daleko mniej znaczenia ze stanowiska higieny, niż 2 pierwsze czynności.

Zasypywanie pól śmieciami, ich sortowanie i spalanie posiadają znaczenie higieniczne nie ze względu na ogół mieszkańców, lecz robotników czynnych przy tem zajęciu. A stwierdzić trzeba, że każdy z tych sposobów ma ze stanowiska higieny strony ujemne.

Na dowód, że spalanie śmieci miejskich nie jest instytucyą tak tanią, na którą miasta bez zastrzeżeń godzić się mogą, może posłużyć Zurych, w którym koszt urządzenia zakładu do spalania śmieci miejskich doszedł do 780.000 franków, zaś roczny wydatek za wywóz i spalanie dochodzi do 245 tysięcy, czyli fr. 1,45 na 1 mieszkańca. Sprawa sposobu zużytkowania śmieci miejskich jest znakomitym przykładem, jak w sprawach czyszczenia i wogóle higieny miejskiej nie można iść za wzorami obcymi, lecz sposób, ze stanowiska higieny racyonalny należy zastosować w mieście do jego stosunków finansowych. (Streszcze nie własne).

Kol. Janiszewski w odpowiedzi zwraca między innemi uwagę, że nowsze sposoby spalania śmieci są mniej niebezpieczne dla robotników, niż składanie śmieci.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1. października 1909.

Na wstępie poświęca przewodniczący gorące wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa Andrzejowi Gońce i Józefowi Świątkiewiczowi. Następnie omawia krzywdę, wyrządzoną Polakom na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Peszcie i przedstawia w imieniu Zarządu wniosek: »Lwowskie Towarzystwo lekarskie przyłącza się do protestu, wniesionego przez Komitet słowiańskich lekarzy przeciw wykluczeniu narodów, nieposiadających samodzielności państwowej, w stałej Komisyi kongresów międzynarodowych lekarskich i upoważnia Wydział do podjęcia odpowiednich kroków«. Protest jednomyślnie uchwalono.

I. Kol. Nowicki: **Ostatnie badania nad nadnerczami.** Zaznaczywszy, że badania ostatnich lat skierowały się głównie do narządów o wydzielaniu wewnętrznem, przechodzi N. do ostatnich badań nad nadnerczami. Mówi więc o wynikach, otrzymanych przy wycinaniu nadnerczy, o znaczeniu kory i istoty rdzeniowej, o stosunku nadnerczy do układu naczyniowego (miażdżyca adrenalinowa) i do zmian jego, wspomina o przypuszczalnym stosunku omawianych narządów do pewnych schorzeń kości. Nieco szerzej omawia ciekawe wyniki badań układu chromochłonnego tak przy pewnych stanach fizyologicznych, jak i patologicznych.

II. Kol. Progulski przedstawia preparat z przypadku **zapalenia wyrostka robaczkowego** u dziecka 18-miesięcznego. W czasie operacyi znaleziono w jamie, wypełnionej treścią surowiczo-ropną, wyrostek robaczkowy przedziurawiony i kamień kałowy. Dodać należy, że choroba przebiegała pod postacią zapalenia jelit.

W dyskusyi zaznacza kol. Prof. Herman, że w danym przypadku mimo usunięcia wyrostka pozostał ropień, który następnie przebił do odbytnicy. — Kol. Nowicki przedstawia wyrostek, wycięty u młodzieńca, u którego objawy były bardzo nieznaczne, t. j. nieznaczny ból i raz ciepłota 38°, a jednak w wyrostku, przewlekle zmienionym, znajdował się w ścianie ropień, który każdej chwili groził pęknięciem i przebiciem do jamy otrzewnej.

III. Kol. O. Litwinowicz przedstawił preparat **raka górnej części przełyku**, przebijającego dużym otworem poniżej chrząstki pierścieniowatej do tchawicy. Chory umarł po wykonanej gastrostomii z wycieńczenia. Badanie wziernikiem krtaniowym w położeniu na wznak nie pozwoliło na obejrzenie tylnej ściany tchawicy. Przypadek ten wskazuje, że w podobnych razach powinno się przed przystąpieniem do ezofagoskopii wykonać tracheoskopię. — W dyskusyi mówi kol. Prof. Barącz o przecięciach przełyku z następową ezofagogastrostomią.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. października 1909.

I. Kol. O. Litwinowicz przedstawia chorego **z zaburzeniem głosowem w rejestrze piersiowym**, które wystąpiło w 3—4 tygodnie po wydobyciu z dolnej części gardła i górnej przełyku uwięzłych sztucznych zębów. Zmiana polega na niezupełnej addukcyi lewego więzadła głosowego przy tonach piersiowych. — W dyskusyi omawia Prof. Jurasz mechanizm powstania owego zaburzenia głosowego, kol. Stachiewicz dodaje kilka uwag co do etyologii i rokowania w przedstawionym przypadku.

II. Kol. Prof. Herman: **O leczeniu zatorów tętnicy**

płucnej sposobem Trendelenburga. Prelegent mówi o etyologii zakrzepów, zestawia statystykę częstości zatorów (przyczem na jej podstawie wykazuje, że agonia trwa dość długo, tak że zabieg można wykonać), opisuje i przedstawia na rysunkach technikę przecięcia tętnicy sposobem Trendelenburga. Chociaż żaden z dotychczasowych 6 operowanych nie żył długo, prelegent radzi jednak w odpowiednich warunkach zabieg wykonywać. — W dyskusyi sądzi kol. Prof. Gluziński, że zabieg ten nie ma praktycznej wartości. Do wykonania jego potrzeba bardzo korzystnych warunków. Wystąpienie zatoru t. płucnej nie zawsze pociąga śmierć za sobą. Bardzo trudno nieraz rozstrzygnąć, czy dany zator jest czysty, czy zakażony. — Kol. Obtułowicz przytacza przypadek, opisany swego czasu w »Przeglądzie lek.«, gdzie na tle zapalenia żyły wystąpił typowy zator t. płucnej, a mimo to chory go przetrzymał.

III. Kol. Pilewski przedstawia **kamienie nerkowe** dużych rozmiarów, wydobyte u niego samego z miedniczek nerkowych i omawia przebieg swej choroby, trwającej od 20 lat.

Posiedzenie naukowe z d. 22. października 1909.

I. Przewodniczący zawiadamia, że składka, zebrana na fundusz wdów i sierót po lekarzach zamiast wieńca na grób ś. p. Józefa Świątkiewicza, wynosi 1056 koron.

II. Kol. Selzer M.: **Sprawozdanie z wyników leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku.** Na wstępie omawia prelegent dzisiejsze sposoby walki z gruźlicą, dotychczasową działalność Tow. walki z gruźlicą i przedstawia czynności wstępne, oraz urządzenie uzdrowiska w Hołosku pod Lwowem. W uzdrowisku było 26 chorych, przeważnie niegorączkujących, w wieku od 15 do 30 lat. Chorzy przebywali ciągle na świeżem powietrzu, werandowali 2 razy dziennie po 2 godziny, spali przy otwartych oknach, otrzymywali 5 razy dziennie obfite i posilne pożywienie; wszystkim wstrzykiwano arszenik. Jako wynik tego postępowania stwierdzono znaczny przyrost na wadze; nadto prócz innych korzyści — największą było nauczenie się, jak należy postępować, aby stać się odpornym na gruźlicę. W końcu omawia prelegent terytoryalne warunki okolic Lwowa ze względu na zakładanie podobnych instytucyi.

III. P. Kraft: **Kilka uwag w sprawie utrzymania uzdrowisk ludowych.** Prelegent przedstawia koszta urządzenia uzdrowiska w Hołosku — w szczególności wydatki na utrzymanie budynków, inwentarza i żywienie chorych. Jeden chory kosztował 4 kor. 91 hal. dziennie; ten znaczny stosunkowo koszt poważnieby się obniżył przez wystawienie stałych budynków na 100 chorych kosztem 100.000 koron, którą to sumę możnaby uzyskać z Wydziału krajowego, Tow. przeciwgruźliczego, opłat z Kas chorych i opłat od samych chorych. Tego rodzaju uzdrowisko mogłoby być otwarte przez cały rok. W końcu podaje prelegent zestawienia, odnoszące się do uzdrowisk zagranicznych. — W dyskusyi zabierali głos: kol. Stachiewicz, Mikulski, Prof. Wiczkowski. *Nowicki.*

I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie.

Sprawozdawca: Dr Józef Hornowski.

(Dokończenie).

Sekcya neurologiczna.

Posiedzenie d. 11. X. 1909 (poniedziałek).

1) Biro, Bychowski, Flatau i Męczkowski wygłaszają referat zbiorowy: **O nowotworach układu nerwowego.**

Biro: **O nowotworach mózgu.** Prelegent opiera się na danych z piśmiennictwa, oraz 104 własnych przypadkach nowotworów mózgu. Rozpatrując sposoby oryentowania się co do siedziby nowotworów mózgu, odstępuje B. od ogólnie przyjętego schematu. Wreszcie podaje różniczkowe rozpoznanie pomiędzy guzem mózgu, a innemi cierpieniami.

Bychowski: **Ogólna symptomatologia i terapia nowotworów mózgu.** B. omawia ogólne i miejscowe objawy kliniczne, spostrzegane przy nowotworach mózgu, mówi o trudnościach rozpoznania różniczkowego i, przechodząc do leczenia, zaznacza z naciskiem potrzebę wczesnego mechanicznego zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego: z metod w tym celu stosowanych oddaje pierwszeństwo trepanacyi paliatywnej.

Flatau: **O nowotworach rdzenia.** Dzieląc je na nowotwory kręgowe, zewnątrzkręgowe i wewnątrzkręgowe, do których należą guzy wewnątrz- i zewnątrzrdzeniowe, rozpatruje F. etyologię, powstawanie, objawy, anatomię patologiczną, rozpoznanie różniczkowe i leczenie wewnętrzne i chirurgiczne, oraz jego wyniki w każdej z tych grup.

Męczkowski: **O nowotworach móżdżku.** M. omawia nowe badania w sprawie budowy i czynności móżdżku, przedstawia obraz kliniczny, występujący przy jego nowotworach, mówi o objawach odległych, które mogą być powodem omyłek rozpoznawczych, wreszcie o rozpoznaniu różniczkowem, oraz o leczeniu.

W dyskusyi zaznaczono trudności i wadliwe rozpoznania wskutek pośpiechu we wnioskowaniu przy nowotworach mózgu (Flatau, Bregman) i rdzenia (Goldflam); przemawiano za (Biro, Gluziński, Męczkowski, Koelichen) i przeciw stosowaniu leczenia przeciwkiłowego, szczególniej rtęci; zalecano ostrożność przy nakłuciu lędźwiowem (Flatau), ale zaznaczano brak jakiegokolwiek niebezpieczeństwa przy umiejętnem postępowaniu w tym razie (Babiński); mówiono o konieczności wczesnej trepanacyi (Babiński, Bychowski, Bornstein) i o jej dobrych skutkach, z drugiej strony zaprzeczano wartości trepanacyi paliatywnej (Bregman); zwracano uwagę na objawy rdzeniowe, wywoływane przez tętniaki uciskające na rdzeń (Edw. Zieliński), oraz na objawy, wywoływane przez nowotwory nadnerczy i gruczołu tarczowego (Gluziński).

Posiedzenia z 12. X. 1909 (wtorek).

2) Prof. Bochenek: **Badania nad centralnem zakończeniem nerwów wzrokowych.** Prelegent zbadał na seryach, barwionych różnemi metodami, przebieg dróg *tractus opticus ad ganglion ectomamillare* i *tr. n. op. ad ganglion isthmi* u myszy, królika, kozy, psa, kota, oraz zachowanie się ich i stosunek do nerwu wzrokowego.

W dyskusyi zabierała głos Popławska, proponując uproszczenie badań mikroskopowych mózgu zapomocą metody przepłukiwania.

3) Nussbaum: **W sprawie wskazań do stosowania narkotyków w cierpieniach układu nerwowego.** Prelegent uzasadnia swój pogląd na ważne znaczenie środków kojących i nasennych w praktyce lekarskiej, krytykując przesadną obawę wielu lekarzy przed tymi środkami. Środki te są nietylko ważne jako środki działające objawowo, lecz i dla leczenia racyonalnego.

W dyskusyi zabierali głos Higier, Landau, Bregman, Puławski, Pawiński, Biro, bądź wykazując szkodliwość używania narkotyków, bądź obstając za stosowaniem ich *larga manu.* W odpowiedzi prelegent odpierał czynione zarzuty.

4) Tur: **Badania nad rozwojem potworności platyneurycznej.** Prelegent objaśnił, co nazywa »platyneurezyą« (nowa postać nieprawidłowego rozwoju zawiązków układu nerwowego u zarodków kręgowców; polegająca na nadmiernem rozrastaniu się na płask płytki nerwowej) i omówił spotykane tu jednocześnie anomalie utworzenia się zawiązków mięśni, serca i krążenia zarodkowego.

W dyskusyi zabierali głos Bochenek, Noiszewski i Chłapowski, który zastanawiał się, czy niema związku pomiędzy platyneurezyą, a pygomelią, często spotykaną u ptaków i kurcząt.

5) Chodźko: **O nowym objawie zaburzeń organicznych układu nerwowego.** Przy uderzeniu rękojeścią młotka w mostek następuje przy porażeniu połowiczem skurcz szeregu mięśni, głównie dwugłowego ramienia. Punktem wyjścia jest tu, według prelegenta, podrażnienie okostnej. Ch. badał w ten sposób szereg osobników. Omówiwszy oddzielne przypadki, przedstawia Ch. objaw ten na chorym.

W dyskusyi przemawiali Biro i prelegent.

6) Goldflam. **W sprawie chromania przestankowego.** Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia, mówi o różnych postaciach natężenia chromania, o znaczeniu tętnicy grzbietowej stopy, o usposobieniu neuro- i angiopatycznem, oraz o leczeniu.

W dyskusyi mówią: Pawiński, Trzebiński, Biro i prelegent o **dusznicy bolesnej**, jej patogenezie, symulacyi, leczeniu, Gluziński o antagonizmie pomiędzy układem naczyniowym skóry i mięśni, o wpływie ruchów biernych i czynnych na układ naczyniowy, oraz o miażdżycy naczyń skóry.

7) Chłapowski: **Przyczynek do powstawania napadów stenokardyi i łagodzenia ich.** Szereg spostrzeżeń prelegenta wykazuje, że środki zmniejszające kwaśność soku żołądkowego dobrze wpływają na skrócenie napadów stenokardyi.

W dyskusyi zabierają głos: Pawiński, Goldflam, Gluziński, Trzebiński, Landau, Biro i Higier, przytaczając swoje spostrzeżenia i objaśniając w danym przypadku działanie środków zmniejszających kwaśność soku żołądkowego.

8) Bregman i Sterling: **O padaczce i stanach pokrewnych.** Bregman omawia przemianę materyi, anatomię patologiczną i objawy kliniczne, jakoteż leczenie chirurgiczne i niechirurgiczne tego cierpienia. Sterling mówi o stanach pokrewnych, padaczce i napadach Jacksonowskich, rozbierając cechy, różniące je od padaczki samoistnej, o zboczeniach czynnościowych, przebiegających pod postacią, zbliżoną do padaczki samoistnej, oraz o rozmaitych nabytych lub dziedzicznych sprawach, na tle których rozwija się później padaczka.

W dyskusyi zabierali głos: Bregman, Hornowski, Kopczyński, Bychowski, Flatau, Halban, Bornstein, Biro, Higier, Goldflam, Męczkowski i prelegenci, omawiając charakter zmian, spotykanych w korze przy padaczce, uważając je bądź za wtórne, bądź za pierwotne, mówiąc o znacznym polimorfizmie objawów padaczkowych, o stosunku do histeryi i migreny, o potrzebie zakładów dla epileptyków, o patogenezie danego cierpienia i wreszcie o różnych metodach leczenia, oceniając je krytycznie (wstrzykiwanie surowicy psów karmionych bromem, brom, odpowiednia dyeta i t. d.).

9) Pański: **O nerwicach urazowych w świetle nowoczesnych poglądów i warunków miejscowych.** Prelegent uważa nerwicę urazową za odrębny od innych nerwic typ chorób czynnościowych i uzasadnia ten swój pogląd, rozpatrując jej objawy. Niedostateczna znajomość nerwicy urazowej powoduje podejrzywanie chorych o udawanie i opóźnia wypłatę odszkodowania, które ze względu na stan chorego powinno po wypadku następować jednorazowo i szybko.

W dyskusyi mówili Luksenburg, Flatau, Konn, Męczkowski, Szuman i prelegent o objawach i trudnościach rozpoznawczych i stanowisku lekarza przy ocenie nerwicy urazowej.

10) Trzebiński: **O przerostach endoneuralnych w nerwach obwodowych.** Prelegent wykazuje na zasadzie swoich doświadczeń na królikach zależność sprawy przerostowej od ucisku na nerwy.

11) Noiszewski: **Czucie włosowe i gruczołowe.** N. omawia metody badania, objaśnia odnośne pojęcia i mówi o otrzymywanych przez siebie wynikach.

W dyskusyi zabierali głos: Pański i prelegent.

12) Noiszewski: **O siatkówce korowej.** N. omawia poglądy obecne na obręb wzrokowy kory, objawy po wycięciu tego obrębu u psa, zmiany w bezwładzie postępującym w obrębie wzrokowym kory, oraz mówi o nieprawidłowem tworzeniu wyobrażeń wzrokowych.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1909 (środa).

13) Szpringer: **O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych.** Po uwagach wstępnych o odczynie Wassermanna, omawia S. swoje badania. Na zasadzie ich, jakoteż danych z piśmiennictwa dochodzi S. do przekonania, że występowanie odczynu Wassermanna prawie stale w płynie mózgowo-rdzeniowym wyłącznie tylko w cierpieniach parasyfilitycznych, ma znaczenie rozstrzygające dla rozpoznania wczesnych okresów spraw parasyfilitycznych i odróżnienia ich od innych cierpień układu nerwowego.

W dyskusyi mówił Rotstadt o znaczeniu próby Wassermanna, Bychowski zaś podnosił, że wiąd rdzenia nie jest sprawą parasyfilityczną.

14) Dydyński: **Badania graficzne skurczów mięśniowych w stanach normalnych i patologicznych. O odczynie zwyrodnienia na podstawie badań myograficznych.** Metodyka badań prelegenta różni się tem od dotąd używanej, że prelegent brał na uwagę krzywe dwóch szybko po sobie następujących skurczów mięśniowych. Dzięki temu, powiodło się prelegentowi wykazać różnice w krzywych takich szybko po sobie następujących skurczów, tak w stanach prawidłowych, jak i patologicznych mięśnia. W stanach chorobowych okres utajonej energii w skurczu drugim jest dłuższy, a wysokość fali spada w porównaniu z falą pierwszą (wprost odwrotnie w stanach prawidłowych). Zdarza się to, gdy dany mięsień wykazuje odczyn zwyrodnienia.

15) Rotstadt: **O potrzebie ustalenia metody badania mięśni patologicznych.** Prelegent omawia metodę badania włókna mięsnego Schifferdeckera, która stanowi ogromny postęp, gdyż poprzednie wszystkie badania histologiczno-patologiczne w tym zakresie miały charakter dowolny i nieścisły.

16) Orzechowski: **Spostrzeżenia kliniczne z zakresu porażenia okresowego kończyn.** Prelegent omawia spostrzeżenia kliniczne dwóch przypadków okresowego porażenia kończyn. U obu chorych dało się wykazać t. zw. »silny adrenalinowy odczyn«, przyczem już nawet po małych dawkach występował typowy, mniej lub więcej silny napad. Z drugiej strony chorzy znosili dawki pilokarpiny do 0·04 bez przypadłości sercowych i podmiotowych; w napadach podawana pilokarpina osłabiała ich nasilenie i skracała je. O ile te doświadczenia stwierdzają istnienie stanu wzmożonej pobudliwości w układzie współczulnym u chorych na porażenie okresowe, to z drugiej strony objawy towarzyszące samoistnemu napadowi, jak zwolnienie tętna, pocenie się i t. d. przemawiają za wzmożeniem napięcia (*tonus*) w układzie autonomicznym. Gdy więc zdaje się nie ulegać wątpliwości, że napady poraźne są wypływem samozatrucia, należałoby sprowadzić je do gruczołu wewnętrznego wydzielania o charakterze mieszanym: i autonomicznym, i współczulnym.

W dyskusyi zabierali głos: Flatau, Biro i Kopczyński, który radzi ostrożność co do stosowania pilokarpiny.

17) Kopczyński: **O postępującym połowiczym zaniku twarzy.** Prelegent opisuje 5 przypadków tego cierpienia, mówi o jego rzadkości, istocie, poddaje krytyce różne teorye i poglądy na to cierpienie, omawia stosunek jego do innych chorób, wreszcie wspomina o metodach leczniczych.

W dyskusyi zabierali głos: Chłapowski, Pański, Nusbaum, Biro i prelegent.

18) Leśniowski: **W sprawie gruczołów przytarczyczych.** Prelegent omawia wyniki ostatnich badań.

W dyskusyi zabierali głos Orzechowski i Bochenek, który mówił o niezależności tych gruczołów w rozwoju embryologicznym.

19) Zylberblastówna: **O t. zw. „Syndrome thalamique“.** Prelegentka omawia objawy tego cierpienia i objaśnia powstawanie objawów, oceniając krytycznie różne poglądy. »Syndrome thalamique« stanowi niewątpliwie jednostkę chorobową oddzielną.

20) Bochenek przedstawia pracę p. Macieszyny: **O drogach wychodzących ze wzgórków czworaczych.**

21) W. Łapiński: **Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie porażeń spastycznych u dzieci.** Prelegent omawia symptomatologię, etyologię i anatomię patologiczną porażeń kurczowych, mówi o wskazaniach i celach terapeutycznych, oraz o stosowaniu zabiegów mechanoterapeutycznych, chirurgicznych, jako też o ich wynikach.

W dyskusyi Pański wykazywał braki i wady metody ortopedyczno-chirurgicznej, na co odpowiadał prelegent, odpierając zarzuty.

22) Puławski: **Rokowanie i leczenie w chorobie Basedowa.** Na podstawie danych z piśmiennictwa, oraz własnych 126 przypadków uważa P. rokowanie w tej chorobie za stosunkowo dobre. P. poddaje krytyce poszczególne metody i środki leczenia. Najlepsze z nich — to psychoterapia, arsen, elektryzacya, jakoteż zabieg operacyjny.

W dyskusyi podnosili Biro, Bronowski, Chłapowski, że wbrew utartemu mniemaniu choroba Basedowa nie jest nieuleczalna.

Z XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Zapalenie wyrostka robaczkowego.

Podał **Dr E. Stahr.**

Wykłady o zapaleniu wyrostka robaczkowego zapowiedziano w różnych sekcyach: medycyny wewnętrznej, chirurgii i ginekologii. Otóż komitet wykonawczy powziął szczęśliwą myśl zebrać te wykłady w oddzielną grupę i przeznaczył dla nich osobne dwa przedpołudnia.

Pierwszy mówił **o leczeniu wewnętrznem zapalenia wyrostka** Prof. Lenhartz z Hamburga. Zebrał on 1600 spostrzeżeń w ciągu 15 lat w szpitalu hamburskim (Eppendorf):

Orth, Fraenkel, a w szczególności Aschoff sprostowali niejedno błędne zapatrywanie w sprawie zapalenia wyrostka. Dowiedli oni, że najmniej 10% usuniętych wyrostków było zupełnie zdrowych. Pośród ludzi 60—70-letnich 3/4 do 4/5 raz w życiu przechodziło zapalenie wyrostka robaczkowego. Odpowiednie leczenie wewnętrzne może wedle Aschoffa sprowadzić zupełne uleczenie. Riedel i Sprengel zalecają wczesną operacyę; wtedy śmiertelność ma wynosić 1—2%, jeśli operacyi dokonano w pierwszym dniu, 2—5% w drugim dniu, 10—12% w 3-cim dniu. Ale czyż można odrazu w pierwszym dniu ustalić rozpoznanie? Czyż więc należy wszystkich naszych chorych odrazu odsyłać do chirurga, czy też trzeba oddzielać przypadki łagodne od ciężkich? Wedle zdania wielu chirurgów (Rotter-Körte) i także wedle osobistego doświadczenia Lenhartza, podział ten jest bardzo często niemożliwy. W 20% przypadków przebiega choroba od początku nieuchwytnie, niejako podstępnie tak, że niemożliwe jest mieć pewność co do dalszego przebiegu (Rotter). Skrajnie myślący chirurdzy polecają operować z miejsca każdego chorego na ostre zapalenie, u którego można jeszcze wyczuć tętno. Tak postępując, ma Riedel na 639 ciężkich przypadków 73% śmiertelności, zaś 53% śmiertelności pośród 541 przypadków, przebiegających łagodnie. Z drugiej strony Sonnenburg miał w leczeniu w r. 1907 128 przypadków ciężkiego zapalenia: 56 operował odrazu ze śmiertelnością 7%; 72 osób leczył sposobem wyczekującym i ci wyzdrowieli wszyscy. A więc i między chirurgami nie ma zgody co do postępowania.

Na podstawie doświadczenia osobistego zapewnia Lenhartz, że rychłe usunięcie wyrostka nie jest też zupełnie wolne od niebezpieczeństw, jak to zapewniają chirurdzy. Pośród 57 jego chorych, operowanych rychło, w okresieod 1. stycznia 1905 do 15. sierpnia 1909 wynosiła śmiertelność okrągło 7%. W szpitalu eppendorfskim na 117 operacyi w r. 1908 wynosiła śmiertelność tylko 1,7%, ale jak dowodzi doświadczenie, 10 razy na sto usuwano wyrostek zdrowy, a z pośród reszty, 45—50% byłoby przebiegało pomyślnie i przy leczeniu wewnętrznem. Mylą się chirurdzy w swoich statystykach, z drugiej strony i wyniki leczenia wewnętrznego nie bywają doceniane. Bo czyż nie należy wliczyć do niebezpieczeństwa zabiegu wczesnego i tych przypadków, w których błąd w rozpoznaniu skończył się operacyą? Usuwa się zdrowy wyrostek, a potem chory ginie. To samo się wydarza i w ostrych schorzeniach niewieściego narządu rodnego, żołądka, wątroby, nerek, jelit i t. d. Ale spostrzeżenia te nie figurują wcale w statystykach chirurgów, ponieważ nie podpadają pod rubrykę zapalenia wyrostka. Czy więc te pomyłki rozpoznawcze i niebezpieczeństwa zabiegu nie powinny zachęcać do czekania? Kiedy chodzi o ropnie ostre okołokątnicze, to wtedy zabieg rychły wydaje, o ile się zdaje, wyniki lepsze, niż w innych razach. A jednakże bardzo wysoka śmiertelność (24% w 78 przypadkach operowanych od 1905 do 1908) skłoniła Lenhartza do nakłuwania ropnia dla jego opróżnienia. Wyniki w 125 przypadkach otrzymał L. korzystne. W innych 42 przypadkach nakłuwał częściowo i kilkakrotnie, a wreszcie nieco później nacinał, jednak bardzo nieznacznie. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli. Wyniki nakłuwania są często zdumiewające, bardzo często natychmiast ustępują bole, zmniejsza się naciek, gorączka opada. Tętno i leukocytoza zmieniają się na korzyść. Nakłuciem można dobyć 10, 20, 50 cm^3 ropy, a nierzadko 100, 200, nawet 400 cm^3. Nieraz obok kilku cm^3 ropy, dobędzie się wielka ilość gazu, a i wtedy często występuje nadzwyczajna poprawa.

Czy należy choremu uleczonemu z jednego napadu radzić zabieg w czasie wolnym od napadu? Chirurdzy są przeważnie zdania, że wyrostek, który raz chorował, należy bezwzględnie usunąć. Jednakże ze spostrzeżeń Aschoffa wynika, że niebezpieczeństwo następnych napadów jest mniejsze, niż to przypuszczają chirurdzy. I Lenhartza przekonało wiele przypadków, że zwykła operacya na zimno nie jest również pozbawiona niebezpieczeństwa.

W przypadkach ostrych, których rozpoznanie jest pewne, zdaje się słuszną rzeczą radzić rychłą operacyę. Im napad świeższy, tem prędzej należy postanawiać zabieg. Jeśli jednak bole się wzmagają i odzywają za najmniejszym uciskiem palcami, wtedy należy myśleć o poważniejszem zajęciu otrzewnej, szczególniej, jeśli minęły już 2 dni, albo też wyrostek już jest tak zmieniony, że zabieg może sprowadzić ogólne zakażenie otrzewnej. A wtedy bezwzględny spokój w łóżku i najściślejsza dyeta dadzą najlepsze wyniki. Jedna rzecz, której się należy wtedy obawiać, to ropień okołokątniczy. Jeśli się tworzy, należy radzić otwarcie i to jak najrychlej, szczególniej jeśli ropnie są wielkie i wyraźnie chełboczące. Wyrostka się nie usuwa, chyba że samorodnie się oddzieliwszy, wpadnie do ropnia.

Zajęcie otrzewnej radzi L. leczyć w następujący sposób: w najłagodniejszem zajęciu ropnem otrzewnej, powstającem powoli, można się spodziewać dobrego wyniku z opróżnienia jedynego ogniska, dobrze ograniczonego. Druga postać zapalenia otrzewnej bywa wynikiem przedziurawienia wyrostka, uległego zgorzeli. Sprawa obejmuje wtedy w krótkim czasie całą otrzewnę. Napotyka się wtedy płyn przeważnie posokowaty. Tej odmiany obawiano się najbardziej do ostatnich czasów z powodu jej złośliwości. Jednakże dzisiaj już nie ulega wątpliwości, że i wtedy może jeszcze nastąpić poprawa. Pewność tę zawdzięczamy Rehnowi, Noetzlowi, a w szczególności Kotzenbergowi. Usunięcie wyrostka, gruntowne przepłukanie wodą słoną i założenie drenów (szklane rurki Dreesmanna) obniżyło śmiertelność z 80% na 30%.

Lenhartz zwraca jeszcze uwagę na doniosłość leżenia w łóżku i ścisłej dyety. Zależnie od nasilenia przypadku zaleca L. wyłącznie herbatę, koniak, a nawet przez 1—3 dni wstrzykiwania surowicy. Opróżnienie jelit z gazów jest konieczne. Dla złagodzenia bolów należy podawać sporo makowca, na ogół jednakże makowiec nie jest konieczny, a szczególniej unikać należy dawek wysokich, wywołujących porażenie i rozdęcie jelita. Często, idąc za radą Sonnenburga, podawał L. olej rącznikowy i niejednokrotnie, szczególniej w przypadkach lekkich (zwykłego zapalenia wyrostka), otrzymywał prawie natychmiastową poprawę, tylko dwa razy miał zły wynik. Byłoby niebezpiecznem podawać olej w każdym przypadku; co jest możliwe w szpitalu, nie nadaje się bez zastrzeżeń do praktyki wogóle.

Na 491 chorych od r. 1905 do 1908 miał L. ogólną śmiertelność 5,9%, jeśli wliczyć 79 przypadków operowanych, to tylko 2,9%; chirurdzy zaś na 1245 ogłoszonych przypadków mieli śmiertelności 6,1%.

O rychłej operacyi w toku zapalenia wyrostka mówił Sonnenburg z Berlina i twierdził, że rychła operacya stanowi najlepsze leczenie zapalenia wyrostka, gdyż niszczy zło u źródła i leczy chorego w najkrótszym czasie.

Odmiany kliniczne zapalenia wyrostka są liczne. Zapalenie nieżytowe może się wyleczyć samo zupełnie, jednakże kończy się najczęściej zwężeniem i zrostami, postać zaś złośliwa, rozpadowa, przechodzi w wrzody i zgorzel. Przedewszystkiem trzeba umieć prędko sprawę rozpoznawać. Im większa i im rychlejsza leukocytoza, tem zakażenie cięższe. Im więcej ciałek jednojądrzastych, tem ostrożniej należy rokować (Kothe). Tego objawu nie ma nigdy w t. z. »appendicitis nervosa« u histeryczek. Tu nie potrzeba żadnego zabiegu. Zabieg powinno się zachowywać dla tych przypadków, w których charakterystyczne objawy miejscowe i ogólne dowodzą napewno ciężkości zakażenia. Z objawów miejscowych należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na oporność mięśni brzucha, na samoistny ból, na tkliwość na ucisk. Jeśli cały brzuch staje się tkliwym, to znaczy to, że zajęta jest otrzewna, a jeśli gorączka dochodzi 38°, tętno 112 uderzeń, liczba leukocytów 22.000, należy co rychlej operować. Jeśli przeciwnie ciepłota nie dochodzi 37·5°, tętno 92 uderzeń, a leukocytoza 15.000, to można zabieg odłożyć. W tych właśnie ostatnich przypadkach środek przeczyszczający, odpowiednio zastosowany, przyspiesza wyleczenie. S. poleca obecnie olej rącznikowy, jako środek, który prędko sprowadza opróżnienie wyrostka i jelita. Chory czuje ulgę; ból za uciskiem ustaje. Jeśli środek przeczyszczający nie działa, lub chory go zrzuci, albo jeśli nie zjawia się żaden ruch robaczkowy, nie należy zwlekać z operacyą. Następnie omawiał S. niektóre punkty techniki operacyjnej. Operacye, dokonane już po 48 godzinach od napadu, przebiegają mniej korzystnie. Zresztą dużo przypadków goi się bez nawrotu; na 210 operowanych z początku zmarło 13, 201 chorych leczonych bez operacyi wyzdrowiało.

Na ten sam temat mówił Charles Walther z Paryża: Po pierwszym okresie prób, doświadczania i zwlekania podzielili się chirurdzy na 3 grupy. Pierwsi, t. zw. »interwencyoniści«, przyjęli za regułę swego postępowania prostą formułę: »każdy przypadek zapalenia wyrostka, w każdym okresie, należy operować z chwilą ustalenia rozpoznania«; drudzy, »abstynencyoniści«, stwierdziwszy częste pogorszenia po zabiegu, a z drugiej strony uleczenia bardzo ciężkich przypadków przez skrupulatne stosowanie leczenia wewnętrznego, doszli do wniosku, że lepiej jest nie operować w okresie ostrym, chyba dla otwarcia ropnia lub w niektórych przypadkach gwałtownego zakażenia, gwałtownego od pierwszej chwili; wreszcie trzeci, »opportuniści«, twierdzą, że należy indywidualizować, i nie stawiają ogólnej reguły. Z bie-

giem czasu wyłoniło się zasadnicze przekonanie, że zabieg chirurgiczny szczególniej polecać należy z początkiem napadu, w pierwszej dobie, a nawet i w dobie drugiej, że jednakże od 3. dnia począwszy zabieg jest już poważny. W. mówił dalej o sposobach rychłego rozpoznawania i o najlepszych sposobach operowania. Wreszcie przedstawił własną statystykę z lat 10; obejmuje ona 780 operacyi z 20 zejściami, co czyni 2,56% śmiertelności.

1) Zabiegów na zimno z powodu zapalenia nawracającego się lub dla zapalenia przewlekłego, często wikłającego się innemi schorzeniami, dokonał 415: wyleczył 412, zmarło 3, ogólna śmiertelność 0·72%.

2) Zabiegów na zimno zaraz po ostrym napadzie wykonał 309: wyleczył 308, umarła 1 osoba, śmiertelność = 0,30%.

3) Na gorąco operował 56; wyzdrowiało 40, zmarło 16, śmiertelność wynosi 28,57%.

W. w dalszym ciągu chce mówić tylko o 2 ostatnich grupach. Pokazują one, że na 365 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem mniej lub więcej ciężkiem, 56 musiało być operowanych na gorąco, zaś reszta 309 mogła być leczona środkami wewnętrznymi, przejść ostry napad i mogła być potem operowana na zimno. Nie ulega wątpliwości, że gdyby W. był widział wszystkich chorych z początkiem napadu, to statystyka operacyi na gorąco byłaby większa i prawdopodobnie śmiertelność z operacyi na gorąco o wiele mniejsza.

Na owych 56 operacyi wykonanych na gorąco, dokonano w pierwszych 6 godzinach po napadzie 6, wyzdrowiało 6, zmarło 0; od 12—18-tej godziny po napadzie 5, wyzdrowiało 5, zmarło 0; od 18—24-tej godziny po napadzie 2, wyzdrowiało 2, zmarło 0; od 24—36-tej godziny po napadzie 6, wyzdrowiało 5, zmarł 1 (16,66% śmiertelności). Tę śmierć wywołała zgorzel wyrostka i ogólne zapalenie otrzewnej.

Począwszy od 36-tej godziny podnosi się znacznie śmiertelność. Od 36—48-mej godziny operowano 4, wyzdrowiał 1, zmarło 3, śmiertelność 75%; od 48—72-giej godziny operowano 5, wyzdrowiało 3, zmarło 2, śmiertelność 43%. Sumując te liczby, stwierdzamy, co następuje: W pierwszych 24 godzinach śmiertelność = 0; w pierwszych 36 godzinach zmarło 5,5%; w 48 godzinach operowani dali śmiertelność 18,18%, zaś w 72 godzinach 22,22%. Statystyka ta naocznie dowodzi, że najlepsze wyniki daje zabieg, dokonany w pierwszych dwu dobach, a nawet w 36 godzinach.

Zestawiając dane z przed roku 1905 i po roku 1905 doszedł W. do następujących wyników:

1) W okresie lat 6 (1899—1905) leczono **166** przypadków ostrych: **138** operowano na zimno zaraz po uleczeniu z napadu ostrego: 137 wyzdrowiało, 1 zmarł (zator w 10. dniu); **28** operowano na gorąco, wyzdrowiało 16 osób, zmarło 12, czyli śmiertelność operacyjna wynosi 42,91%. W odniesieniu do wszystkich 166 przypadków ostrych śmiertelność ogólna wynosi 7,83%.

2) W okresie po r. 1905 leczył W. **199** przypadków ostrych: **171** operował na zimno zaraz po uleczeniu z napadu ostrego i wyzdrowieli wszyscy operowani; zaś z 28 operowanych na gorąco zmarło osób 4, czyli śmiertelność operacyjna wynosi 17,85%, a w odniesieniu do wszystkich 199 przypadków ostrych śmiertelność ogólna wynosi 2,01%.

Biorąc w rachubę tylko ostatnie 2 lata (1908 i 1909) można się przekonać, że przypadków ostrych było 62; zabiegów na zimno »po ochłodzeniu« 54, uleczeń 54; zabiegów na gorąco 8, uleczeń 8. Lepsze wyniki ostatnich czasów odnosi W. do postępów w technice i do tego, że coraz częściej zgłaszają się chorzy wczas i są w odpowiedniej chwili operowani. Im lepiej nauczymy się rozpoznawać okresy zwiastunowe, tem też lepsze w przyszłości będziemy mieć wyniki. Dowodzi tego fakt, że przytoczone w statystyce W. przypadki toksemiczne, bardzo ciężkie, operowane rychło, wszystkie wyzdrowiały (5 było operowanych w pierwszych 6 godzinach, 3 w 12—18 godzinach i 1 z końcem 36 godzin). A są to postacie tej choroby najcięższe i trudne do rozpoznania; objawiają się one tylko przyspieszeniem tętna, rosnącem z godziny na godzinę, przyczem tętno staje się coraz słabsze i mniej regularne, i to bez żadnej gorączki, a nawet wśród opadania prawidłowej ciepłoty, i bez objawów miejscowych. Żeby rozpoznać dobrze w takim przypadku, trzeba o tych objawach wiedzieć i pamiętać i bardzo szczegółowo chorego obserwować. Jeśli takiego chorego nie operuje się natychmiast, zakażenie postępuje gwałtownie i chory ginie w 1—2 dniach w zapadzie z niską ciepłotą, z niedającem się policzyć tętnem i oziębieniem kończyn. Rychła operacya może uratować i takie bardzo ciężkie przypadki.

O zapaleniu wyrostka i schorzeniu przydatków wykładał Paweł Segond z Paryża. Wedle S. zupełnie nie wpłynęły na ogólne wskazania do zabiegu operacyjnego nasze nowe wiadomości o stosunku wzajemnym zapalenia wyrostka do schorzenia przydatków, i to zarówno, co się tyczy guzów przydatków lub ciąży zewnątrzmacicznej, jak i ropienia w zakresie miednicy.

Prof. Andrea Ceccherelli z Parmy, zabierając głos w dyskusyi, podnosi, że chirurg nie może i nie powinien mieć stałej i niezmiennej reguły co się tyczy operacyi wyrostka, bo różne są wskazania. Przedewszystkiem należy sobie uprzytomnić, że zabieg jest tylko wtedy doszczętnym, kiedy można usunąć wyrostek, a to nie zawsze jest rzeczą możliwą i łatwą, a więc rzeczą bezpieczną, chyba że się operuje z początkiem napadu i kiedy wyrostek jest »ochłodzony«. Najlepiej i dla chirurga i dla chorego jest operować wyrostek »zimny«, a najłatwiej do tego wiodą bezwzględny spokój i ciągłe i obfite stosowanie okładów lodowych. Chirurg powinien od samego początku napadu pilnie spostrzegać chorego, jeśli nie może dokonać zaraz operacyi. W razie najmniejszego nasilenia objawów powinien chirurg operować, gdyż to dowodzi, że stosunki anatomo-patologiczne w wyrostku się pogarszają i wyrostek wtedy już nie jest tylko zapalony, ale przedziurawiony, uległ zgorzeli, albo ta sprawa zapalna co najmniej szerzy się na otoczenie; a wtedy czekać, znaczyłoby pozwolić na ciężkie powikłania, wyłączające zabieg doszczętny i nie dające rękojmi pewnego wyleczenia.

Potherat (Paryż) podnosi, że cały świat godzi się dziś na to, że tylko usunięcie wyrostka, z samego początku choroby dokonane, usuwa chorobę w zupełności. Czy tylko operować na zimno? Wszak operacya na zimno nie jest w zupełności pozbawiona pewnych niedogodności i niebezpieczeństwa. Wobec ostrego napadu nie należy czekać na niespodzianki, które mogą być liczne, zarówno miejscowe, jak i ogólne, i które mogą być i śmiertelne. Byłoby grzechem na nie czekać, skoro je można powstrzymać. Czekając, można się doczekać raka wyrostka, który zdarza się częściej, niż się pospolicie przyjmuje. Leczenie wewnętrzne jest czysto objawowe, podawanie makowca nie jest bez zarzutu, a przydługa dyeta ścisła może sprowadzić śmierć przez wycieńczenie i zapad. Usunięcie wyrostka i poza 48 godzinami, licząc od początku napadu, jest usprawiedliwione; im cięższe zakażenie, tem większą podstawę ma zabieg. P. na 500 przypadków od r. 1903 do 1909 miał tylko 17 zejść śmiertelnych; jest stanowczym zwolennikiem rychłego zabiegu, nawet w okresie ostrym, a na zimno operuje, kiedy widzi chorego w przerwie między napadami.

Pierre Delbet zaznacza, że operować powinno się w zasadzie nie po, ale przed napadem. Do wyjątków bowiem należy, żeby ktoś odrazu dostawał ostrego napadu; zwykle już poprzednio ma przeróżne dolegliwości, tylko trzeba na nie zwracać uwagę. A czy rozpoznawszy napad ostry, należy odrazu operować? Otóż faktem jest, że chorzy umierają, bo się ich nie operuje; ale nie należy sobie wyobrażać, że się ratuje życie wszystkim tym, u których znajduje się ropę około wyrostka. Na 236 chorych operowanych po »oziębieniu zupełnem« znalazł D. 34 razy ropę około wyrostka. Pośród tych 34 przypadków 8 razy był wyrostek przedziurawiony, a 2 razy znalazł D. wolny kamyk w ropie. Jak z jednej strony umierają chorzy, bo się ich nie operowało, — tak z drugiej strony giną niektórzy, bo się ich operuje. Jest błędem odnosić do schorzenia wyrostka wszystkie przypadłości, które się zjawiają w toku zapalenia wyrostka. Bywają chory, u których zakażenie zajmuje równocześnie i wyrostek i drogi żółciowe, to też wyłuszczanie u tych chorych wyrostka, który często sam jest nieznacznie zajęty, który nie wywołuje podrażnienia otrzewnej, nie może w niczem mieć wpływu ani na stan ogólny, ani na zakażenie wątroby. A przeciwnie, zabieg tym chorym tylko szkodzi.

Jednem słowem są takie zapalenia wyrostka, które należy operować na gorąco — ale są i takie, o których powinien chirurg wiedzieć, że ich nie wolno operować na gorąco, a wreszcie są takie, a tych bywa najwięcej, które można operować na gorąco, lecz autor twierdzi, że jest lepiej operować je po zupełnem »ochłodzeniu«. — Wyjątkowo można operować w pierwszej dobie. Potem często musi się zakładać dreny, a wtedy często przychodzi do wypadania trzew (*eventratio*). Wogóle za mało zajmują się chirurdzy sprawą blizny pooperacyjnej; a przecie przepuklina po zabiegu nie jest rzeczą obojętną. D. zwraca uwagę, że u żadnego z jego chorych operowanych na zimno nie wytworzyła się przepuklina. — W jaki czas po napadzie należy operować? Doświadczenie pouczyło autora, że najlepszym czasem jest okres od 15-go

do 20-go dnia po powrocie ciepłoty do poziomu prawidłowego. W tym czasie operował D. 67 chorych ze znakomitym wynikiem, chociaż u 9 znalazł ropę koło wyrostka.

Segond z Paryża podnosi korzyści rychłego leczenia doszczętnego. — Hartman z Paryża miał znakomite wyniki z operacyi rychłych i godzi się z tymi, którzy chcą operować każdy przypadek zapalenia wyrostka, rozpoznanego w pierwszych dwu dobach. — Schnitzler z Wiednia jest większym eklektykiem i sądzi, że tylko pewna liczba chorych powinna być operowana i to tylko w takim razie, jeśli rozpoznanie postawiono wcześnie. — Fabricius z Wiednia przemawia za operacyą. — Murphy z Chicago operuje tylko przypadki ostre w okresie początkowym. — Kümmel z Hamburga jest zwolennikiem metody, która polega na operowaniu prawie każdego przypadku, należycie rozpoznanego. — Bourget z Lozanny nie uważa operacyi za konieczną i twierdzi, że środkami wewnętrznymi otrzymywał lepsze wyniki, niż chirurdzy przez operacyę.— Boero z Buenos-Ayres i Rivière z Paryża są także zwolennikami leczenia wyłącznie wewnętrznego. — Hagen-Dorn z Petersburga operuje tylko poszczególne, wybrane przypadki i tylko w pierwszych okresach. — Lucas Championnière z Paryża rozumie, że młodzi chirurgowie chętnie używają noża, jednakże przypadki należy indywidualizować i operować wyłącznie tam, gdzie zabieg wskazany. Metodę Lenhartza nakłuwania ropni L. potępia. — Wohlgemuth i Sonnenburg z Berlina również potępiają nakłuwanie ropni. — Wolff z Poczdamu uważa za konieczne wyłuszczanie wyrostka, nawet w przypadkach ropnych. Lenhartz streszcza całą dyskusyę i wywodzi, że jego wyniki są lepsze, niż wyniki najwprawniejszych chirurgów. — Walther mimo wszystko podtrzymuje swoją zasadę rychłego zabiegu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Postępy organizacyi lekarskiej w Galicyi. Lekarze tarnowscy wraz z licznie przybyłymi kolegami z miast pobliskich odbyli w dniu 24. października b. r. zgromadzenie w Tarnowie celem zastanowienia się nad sprawą organizacyi, oraz przystąpieniem do Związku krajowego lekarzy. Przewodniczącym zebrania obrano Dra Walczyńskiego. Z ramienia wydziału Związku przybyli na to zebranie z Krakowa Prof. Ciechanowski i Dr Weinsberg. Po ożywionej dyskusyi, w której wszyscy mowcy podnosili konieczną potrzebę organizacyi lekarzy, uchwalono gremialnie przystąpić do Związku krajowego lekarzy i w najbliższej przyszłości założyć w Tarnowie »Koło« Związku. *W.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Dr Dzikowski, Eberson, Fürbek, Kalisz, Karaś, Pilzer, Stronczak, Szatkowski i Walczyński z Tarnowa, Biesiadzki i Mydlarski z Pilzna, Mańkowski z Ciężkowic, Łowczowski z Wojnicza, Ameisen z Nowego Sącza. *W.*

W sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych odbyło się w dniu 21. października b. r. we Lwowie posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej wsch.-galicyjskiej (kol. Papée, Kohlberger, Mikołajski) ze współudziałem prezydenta Izby zach.-galic. kol. Schönguta, radcy dworu Dr Merunowicza i Wydziału Związku lekarzy okręgowych (kol. Gilnreiner, Ferensiewicz, Klęsk, Zasacki). Przechodząc po kolei paragrafy ustawy emerytalnej, przeprowadzono obszerną dyskusyę nad mającem się wydać rozporządzeniem wykonawczem. Uchwalono, aby Wydział Związku lekarzy okręgowych na podstawie tej dyskusyi wygotował referat i przesłał go Izbie lekarskiej wsch.-galicyjskiej w celu zredagowania przez nią i podania memoryału do Namiestnictwa i Wydziału krajowego. W ciągu dyskusyi wyłoniła się godna uwzględnienia myśl, podana przez kol. Mikołajskiego, aby Związek lekarzy okręgowych przez Wydział krajowy postarał się o uznanie przez rząd ustawy emerytalnej (po uczynieniu w niej ewentualnych zmian) za »umowę zastępczą«, tak aby lekarze okręgowi nie byli zmuszeni dodatkowo ubezpieczać się w rządowym zakładzie pensyjnym wiedeńskim. *Dr Z.*

XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich odbędzie się 25. i 26. XI. b. r. w Wiedniu. Oprócz sprawozdań z czynności Wydziału Izb i Izby gospodarczej i wyborów, obejmuje porządek dzienny sprawy następujące: 1) Nowy projekt ustawy karnej. 2) Sprawa specyalistów i tytułów. 3) Państwowa ustawa o chorobach zakaźnych. 4) Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. 5) Bezpłatne leczenie emerytów kolei południowej. 6) Różnice taksy leków i norm kas chorych. 7) Reforma taryfy sądowo-lekarskiej (Izba wschodnio-gal.). 8) Bezpłatne leczenie członków Towarzystw humanitarnych w zdrojowiskach. 9) Przyjmowanie posad w kasach chorych przez sekundaryuszy. 10) Dopuszczalność praktyki lekarzy bawiących na urlopie w zdrojowiskach (Izba zach.-gal.). 11) Reforma państwowej ustawy sanitarnej. 12) Opodatkowanie środków tajnych i specyfików. 13) Wynagradzanie orzeczeń lekarzy więziennych o uszkodzeniach więźniów (Izba zach. gal.). 14) Wynagradzanie lekarzy ordynujących za wypełnianie doniesień o nieszczęśliwych wypadkach w przemyśle. 15) Nadużycia recept na środki silnie działające. 16) Kontrakty lekarzy i kas chorych. 17) Wynagrodzenie lekarzy cywilnych za leczenie żołnierzy (Izba zach. gal.). 18) Stosunek lekarzy do Tow. ubezpieczeń. 19) Opodatkowanie lekarzy. 20) Rezolucya w sprawie techników dentystycznych. 21) Przedstawicielstwo lekarzy-praktyków w Najwyższej Radzie Zdrowia. *R.*

XVII. Wiec Związku stowarzyszeń lekarskich austryackich (Aerztevereinstag) odbędzie się 23. XI. b. r. w Wiedniu. *R.*

Organizacya lekarzy czeskich związała się z Państwowym Związkiem organizacyi lek. austr. przez układ, mający na celu jednolite postępowanie w sprawach stanu lekarskiego w Austryi i strzeżenie jego interesów w zakresie ustawodawczym i przez organizacyę. Do Związku państwowego należą już organizacye lekarzy niemieckich, polskich i słoweńskich, przystąpi zaś wkrótce organizacya lekarzy włoskich. Przez sojusz z organizacyą czeską ukończone zostało dzieło zjednoczenia wszystkich lekarzy w Austryi, wobec czego żądania lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego będą mogły być z naciskiem poparte. Zjednoczeni dla wspólnych celów lekarze austryaccy pracować będą około polepszenia swego bytu, pozostawiając na uboczu wszelkie względy polityczne. *R.*

Walne Zebranie Związku państwowego lekarzy rządowych austr. odbyło się 15. i 16. X. w Wiedniu. Na porządku dziennym były wykłady prof. Schattenfroh: O zwalczaniu epidemii, dra Kutschery: O matołectwie, dra Gąsiorowskiego (ze Lwowa): O czerwonce, prof. Haberdy: O nagłej śmierci, dra Wintera, Böhma i Reisingera: O ustawie przeciwepidemicznej, dyr. dra Hofmokla i dra Strassa: O ubezpieczeniu społecznem i kilka innych. Jak stwierdzają pisma lekarskie wiedeńskie, Zjazd był doskonale zorganizowany przez prezydyum, do którego z Galicyi należy jako wiceprezes dr Wł. Czyżewicz.

Na uwagę zasługują uwagi krytyczne referentów, którzy omawiali projekt ustawy o chorobach zakaźnych. Jako główne wady podnoszono: Brak dokładnych postanowień o asanacyi, pominięcie sprawy szczepienia ospy, gruźlicy, kiły, gorączki połogowej i jaglicy, brak przepisów, któreby ułatwiły zwalczanie odry, krztuśca, grypy i t. p. chorób zaraźliwych, a nie podlegających obowiązkowi donoszenia, brak nakazu, by o doniesieniu o chorobie zawiadamiano niezwłocznie lekarza urzędowego, brak postanowienia, że odkażanie ma być zawsze bezpłatne. Ustawą powinno być objęte kształcenie służby dezynfekcyjnej i tworzenie szpitali izolacyjnych w każdym powiecie (nie w każdej gminie). Nakaz, aby przed zamknięciem przedsiębiorstw przemysłowych zapytywać inspektora przemysłowego, powinien być zniesiony. Pozwolenie na przywóz szmat i t. p. powinno zawsze (a nie tylko przy wybuchu epidemii ospy i wąglika) zależeć od przedłożenia dowodu należytego odkażenia. Nagrody dla lekarzy za skuteczne zwalczanie epidemii oznaczono za niskie; lekarze, zajęci przy zwalczaniu, powinni otrzymywać pełne dyety. Ustawa powinna przyznawać odszkodowanie osobom odosobnionym przymusowo, za utratę zarobku. W projekcie ustawy nie odgraniczono dostatecznie kompetencyi władz rządowych i autonomicznych (gmin). Jeżeli sprawa kosztów odkażania nie będzie w ustawie lepiej uregulowana, to przepisy o odkażaniu, zawarte w projekcie nowej ustawy, pozostaną na papierze. Do narad nad rozporządzeniem wykonawczem powinni być wezwani także przedstawiciele lekarzy urzędowych, bo ci właśnie lekarze, jako organa wykonawcze, mają postanowienia ustawy natchnąć prawdziwem dopiero życiem. — Jak z tego widać, podniesione przeciw projektowi ustawy zarzuty w przeważnej części najzupełniej zgodne są z tem, co swojego czasu podnosił »Przegląd lekarski« i »Głos lekarzy«, co następnie wymieniały memoryały korporacyi i Towarzystw lekarskich w Galicyi, ankieta, zwołana przez Wydział krajowy, oraz memoryał Wydziału krajowego do rządu. *R.*

Z ostatniego Zjazdu higienicznego w Częstochowie (19. i 20. IX. b. r.) pomieszcza szczegółowe sprawozdanie w formie »Dziennika Zjazdu« warszawskie »Zdrowie« (Nr 10). Przedmiotem obrad Zjazdu były: 1) Sprawa ubezpieczenia ludności pracującej na wypadek choroby (referenci: p. Karol Rose, Dr Sterling, Żenczykowski, Luksenburg, J. Brzeziński), 2) asanizacya osad i wsi (referent Dr J. Rutkowski, W. Dobrzyński, Tołwiński) łącznie z zaopatrzeniem w wodę, 3) higiena ludu wiejskiego (ref. Dr A. Puławski — sprawa kąpieli ludowych, p. Chmielińska — zadania kobiet na polu higieny ludowej, budown. de Mako-Makowski i A. Wejssel — sprawa higienicznych chat); nadto wygłoszono wykłady o zwalczaniu wścieklizny (Dr Palmirski) i o stanie zdrowotnym m. Częstochowy (Marczewski). Przy wszystkich punktach toczyły się żywe rozprawy. Zjazd powziął następujące uchwały (ostatecznie zredagowane przez Radę warsz. Tow. hig. 1. X. b. r.): 1) Zjazd uważa zasadę przymusowego ubezpieczania ludności pracującej na przypadek choroby, kalectwa i na starość za słuszną i wielce pożądaną. — 2) Zjazd uchwala: utworzyć komisyę referentów z prawem kooptacyi dla sformułowania pożądanych zmian w projekcie rządowym ubezpieczeń ludności pracującej na przypadek choroby i kalectwa w celu opracowania i przedstawienia elaboratu takiego Kołu polskiemu w Petersburgu dla rozważenia i przeprowadzenia w Dumie państwowej, przyczem komisya rzeczona uwzględnić powinna zaakceptowane na Zjeździe jednomyślnie zasady, a mianowicie: *a)* że przymus państwowy ubezpieczeń nie powinien krępować sposobów wykonania, przeciwnie, pozostawić zupełną swobodę w organizacyi ubezpieczeń instytucyom społecznym, oraz samorządom miejskim i gminnym; *b)* że pomoc ludności pracującej w przypadkach choroby obowiązywać winna nie wyłącznie właścicieli zakładów przemysłowych, lecz i kasy chorych, utrzymywane z udziałem finansowym i administracyjnym ludności pracującej; *c)* że przy redakcyi prawa muszą być uwzględnione odrębności przemysłu i potrzeby ludności pracującej kraju naszego. — 3) Zjazd uchwala, aby przyszłoroczne narady Towarzystwa obejmowały w programie swym wycieczkę na wieś, celem zapoznania się na miejscu z warunkami zdrowotnymi ludu. — 4) Zjazd uchwala, że wszelkie projekty donioślejszych urządzeń sanitarnych powinny być roztrząsane publicznie z udziałem ewentualnie W. T. H. lub jego oddziałów. — 5) Zjazd podziela wnioski Dra Marczewskiego co do uzdrowotnienia Częstochowy (kąpiele i dom noclegowy dla pątników). — Zjazd liczył 125 uczestników, z nich 3 z Poznania, jednego z Galicyi i jednego ze Śląska. Na przyszły Zjazd zaproponowano Kalisz. *R.*

Cavete! Do liczby posad, przed których przyjęciem ostrzega Państwowy Związek org. lek. austr., a wśród których ciągle jeszcze znajduje się posada gminna i kasowa w Piotrowicach na Śląsku, przybywa posada gminna w Toblach w Tyrolu. *R.*

Lekarze kolei południowej austryackiej zdołali przez solidarne i stanowcze wystąpienie uzyskać u właścicieli tej kolei (Südbahngesellschaft) przyrzeczenie poprawy bytu, mianowicie przyznanie tych warunków, jakie mają lekarze kolei państwowych. Jednakże przytem usiłowano narzucić lekarzom bezpłatne leczenie pensyonowanych urzędników tej kolei i personalu, nie należącego do kas chorych. Przeciw temu zaprotestowali lekarze kolei południowej i Państwowy Związek org. lek. austr., który prosił też o współdziałanie Wydział Izb lekarskich i poleca całą sprawę uwadze wszystkich organizacyi lekarskich w Austryi. *R.*

Tytuł specyalisty. Sekcya niemiecka czeskiej Izby lekarskiej uchwaliła, że prawo do tytułu specyalisty ma jedynie lekarz, posiadający odpowiednie studya i zezwolenie Izby na używanie tego tytułu. *X.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. X. do 23. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 4 (—), płonicy 11 † 2 (7 † 1), odry 2 (—), duru brzusznego 11 † 2 (6 † 2), czerwonki. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. X. do 23. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 15 † 1 (3 † —), odry 112 † 5, duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1), nagminn. zapalenia opon 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 26. IX. do 2. X. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 5, odry 10, płonicy 19 † 1, róży 14 † 1, duru plamistego 15, duru brzusznego 19 † 3, duru powrotnego 1, błonicy 3. (*Gaz. lek.* 43).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krak. odbyło 27. X. posiedzenie, na którem kol. Eisenberg przedstawił nową metodę barwienia krętowłosa bladego, a doc. dr Latkowski miał odczyt: »O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego«. Przemawiali w dyskusyach: Prym. Borzęcki, Prof. Bujwid, Dr Eisenberg, Dr Gertler, doc. Latkowski i Dr Dawid Hirsch.

— Miejski urząd zdrowia ogłosił w formie plakatów pouczenie ludności o konieczności utrzymania czystości na podwórzach, schodach, w sieniach i wychodkach, oraz o konieczności przegotowywania mleka.

— Kalendarz lekarski krakowski, który wyjdzie z druku w połowie listopada, ukaże się tym razem ze znacznemi zmianami i ulepszeniami, zwłaszcza podręcznika terapeutycznego i spisu środków lekarskich.

Lwów. W sekcyi wychowania fizycznego Zjazdu pedagogicznego, który się odbędzie we Lwowie 1—2. XI. b. r., przygotowano następujące referaty: 1) Prof. dr Panek: Higiena budynków szkolnych i urządzeń wewnętrznych. 2) Dr Wyrzykowski: Wychowanie fizyczne w szkołach. 3) Dr Serbeński: Służba zdrowia w szkołach publicznych i prywatnych. 4) P. Płażek: Higiena nauki szkolnej.

— Prof. Dr Józef Szpilman, rektor akademii weterynaryjnej we Lwowie, obchodził w ubiegłym tygodniu jubileusz ćwierćwiekowej pracy. W dniu jubileuszu urządziła młodzież akademicka, profesorowie i przedstawiciele organizacyi weterynarzy serdeczną owacyę. W sali wykładowej, udekorowanej kwiatami i biustem Jubilata, zebrała się młodzież. Wchodzącego rektora chór młodzieży powitał kantatą, poczem przemówił słuchacz akademii p. Budzyn. Na przemówienie to odpowiedział Jubilat bardzo wzruszony. W sali rektoratu zebrali się następnie profesorowie, asystenci, przedstawiciele Tow. weterynarzy i liczne grono lekarzy weterynaryjnych autonomicznych i rządowych. Imieniem profesorów przemówił p. Królikowski, imieniem Tow. wet. p. Ponicki, imieniem weterynarzy miasta Lwowa p. Gottlieb, imieniem Tow. chowu drobiu p. Piotrowicz.

Czcigodnemu Jubilatowi, równie zasłużonemu na polu nauk weterynaryjnych, jak na polu lekarskiem i społeczno-higienicznem, składa Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia długich jeszcze lat owocnej pracy.

Warszawa. Opracowany przez rząd projekt samorządu miejskiego w Królestwie oddaje w ręce rad miejskich środki ochrony zdrowia ludności, a mianowicie: urządzanie i utrzymywanie lecznic, aptek i składów lekarstw, uczelni zawodowych do przygotowywania wyższego personalu lekarskiego, służby szpitalnej i t. d.; troską o ulepszenie warunków zdrowotnych, zapobieganie chorobom i epidemiom, udział w ogólno-państwowej walce z niemi, ochrona czystości powietrza, wody i ziemi, troska o nieszkodliwość artykułów żywności, urządzanie laboratoryów bakteryologicznych i chemicznych, izb dezynfekcyjnych, cmentarzy i domów przedpogrzebowych, szczepienie ospy, rejestracya zasłabnięć zaraźliwych, nadzór sanitarny nad fabrykami, sklepami, zajazdami, cmentarzami i t. d. (»Kuryer warsz.« Nr. 291 z 21 X. b. r.).

— Dla uczczenia 45-letniej działalności dra H. Dobrzyckiego na polu lekarskiem i społecznem, zawiązał się komitet obywatelski. Prezesem komitetu wybrany został red. K. Olchowicz, wiceprezesem dr M. Sadowski, sekretarzem dr L. Guranowski.

— W Łodzi ma być urządzona w czasie najbliższym wystawa antyalkoholowa.

— »Gazeta lekarska« (Nr. 43) podaje następujący projekt statutu polskiego Komitetu Zjazdów międzynarodowych, opracowany przez dra J. Jaworskiego z Warszawy, a uchwalony 2. IX. b. r. przez komisyę, do której należeli: dr Karnicki (Petersburg), prof. Kryński (Warszawa), dr Rymsza (Wilno), dr Srebrny (Warszawa), prof. Wicherkiewicz (Kraków), dr W. Ziembicki (Lwów):

»Do Komitetu wchodzą drogą wyboru przedstawiciele Towarzystw lekarskich w Krakowie, Lwowie, Warszawie i Poznaniu (po trzech) oraz delegaci od Towarzystw lekarskich kolonii polskich w Rosyi. Siedzibą Komitetu jest Kraków. Komitet z pośród siebie obiera: prezesa, 2 wiceprezesów, skarbnika i sekretarza. Biuro Komitetu urzęduje w Krakowie.

Cel i zadania: A) Komitet ma na celu reprezentowanie na Zjazdach międzynarodowych medycyny polskiej i zachęcanie do brania udziału w pracach. W tym celu Komitet: a) na rok przed Zjazdem wydaje odezwę do lekarzy polaków; b) pośredniczy między organizacyą centralną Zjazdu a poszczególnymi referentami, którzy zgłaszają odczyty. B) Komitet zarówno przed Zjazdem, jak i podczas niego czyni starania, żeby zjednoczyć wszystkich uczestników Polaków na Zjeździe. W tym celu zwołuje zebrania a) przedzjazdowe członków Komitetu, b) podczas Zjazdu uczestników Polaków przez odpowiednie ogłoszenia, c) udziela oznakę lekarzom Polakom, uczestnikom Zjazdu«.

— Zakład dermatologiczny dra Kozerskiego został znacznie rozszerzony i wyposażony we wszystkie nowoczesne urządzenia. Otwarcie zakładu nastąpiło 17. X. b. r.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze otwiera w Otwocku stacyę dezynfekcyjną.

— W Radomiu mają być zbudowane wodociągi.

— »Słowo« donosi, że jenerał Paulinów O. Rejman czyni starania, aby cały plac powystawowy w Częstochowie przemieniono na obszerny park dla pątników. Budynki powystawowe zostałyby przemienione na gospody dla pielgrzymów. Trzy instytucye, pozostałe po wystawie: wzorową zagrodę, muzeum higieniczne i muzeum przemysłu domowego, musiałby odwiedzać każdy pątnik. Dalej pragnie O. Rejman przeprowadzić zasadę, że do świątyni Jasnogórskiej może wchodzić tylko pątnik należycie czysty, i w tym celu ma powstać wielka łaźnia ludowa, mogąca dać co najmniej 1000 kąpieli dziennie. Przeprowadzeniem organizacyi zajął się Dr Tchórznicki. Gdyby się plany te, poruszone najpierw przez Zjazd higieniczny w Częstochowie, spełniły, w takim razie dokonanoby dzieła niezmiernego znaczenia dla sprawy higieny naszego ludu, w milionowych masach ze wszech stron Polski pielgrzymującego na Jasną Górę.

Z różnych stron. IV. międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi odbędzie się 1. X. 1910 w Berlinie.

— Do zawarcia małżeństwa potrzebnem jest obecnie w Stanie Washington dla narzeczonych świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza. *X.*

— Fundusz wdów i sierot po lekarzach bawarskich wzrósł w roku bieżącym o 19.430 marek. *X.*

— W Irlandyi uchwalił parlament $^2/_3$ głosów, że od roku 1912 alkohol czysty sprzedawać wolno jedynie w aptekach. *X.*

Mianowani profesorami docenci: anatom von den Broek w Amsterdamie, dermatolog Burgsdorf w Kazaniu, fizyolog Czerewkow w Charkowie; chirurg Dr Gatti we Florencyi, internista Dr Viola w Messynie.

Powołani: Prof. Franz z Jeny do Kiel (po Pfannenstielu), Prof. Franqué z Giessen do Göttingen po (Rungem).

Redakcya otrzymała: Biernacki: 1) Klinisches und Experimentelles zur Lehre von der chronischen habituellen Obstipation. »Wien. klin. Wochenschr.«. 2) Przekarmienie a mineralna przemiana materyi. »Tyg. lek.«. 3) Überernährung und Mineralstoffwechsel. »Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. des Stoffwechsels«. 4) O stosunkach, zachodzących pomiędzy przemianą ogólną azotu, a przemianą purynową. »Gazeta lek.« 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1909:

Gazeta lekarska Nr 40. Hornowski (dok.). Oczesalski: (dok.). — Nr 41. Babiński: W sprawie czynności i zaburzeń w układzie móżdżkowym. Puławski A.: Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Gravesa (Basedowa). Koelichen: Przypadek pierwotnego zwyrodnienia dróg piramidowych bocznych w rdzeniu o niezwykłym przebiegu klinicznym. Rotstadt: Przyczynek do badań histologicznych płynu mózgowo-rdzeniowego. — Nr 42. Nowicki (c. d.). Koelichen (c. d.). — Nr 43. Nowicki (dok.). Puławski (c. d.). Babiński (c. d.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 40. Higier: Patologia chorób dziedzicznych. Rappel: O współczynniku części stałych w moczu u dzieci. Jaroszyński: O zabiegach chirurgicznych paliatywnych w nowotworach mózgowia. — Nr 41, w całości poświęcony I. Zjazdowi neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, zawiera streszczenia zgłoszonych na Zjazd wykładów i referatów. — Nr 42. Rzętkowski: O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych stanach zakaźnych. Higier (dok.). — 43. Szleifstein: Bóle głowy a oko w cierpieniach nosa i jego zątok. Rzętkowski (c. d.).

Tygodnik lekarski. Nr 39. Reichenstein: Glykozurya a ciąża. Franke (dok.). — Nr 40. Marischler: O urochromie ze stanowiska klinicznego. Nowicki: Wyrostek robaczkowy przy durze brzusznym. — Nr. 41. Spät: Nauka o opsoninach. Nowicki (dok.). — Nr 42. Marischler, Reichenstein i Schneider: O wpływie dyety różnowartościowej pod względem ilości azotu i kaloryi na przemianę materyi u chorych. Spira: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia biernego metodą Biera.

Nowiny lek. Nr 10. A. Krokiewicz: Moje wyniki leczenia gruźlicy. Dziembowski: Przyczynek do nauki o zboczeniach wzrostu chrząstek (chondrodystrophia foetalis). Ehrenpreis (c. d.). Szczygłowski (c. d.). A. Klęsk (dok.). Józef Bieliński (c. d.). J. Baschkopf: O obyczajach i chorobach ludności w Bośni i Hercegowinie dawniej i po okupacyi przez Austro-Węgry.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. Zesz. 2. Marcinkowski: Przepuklina przykątnicza wewnętrzna. Leśniowski i Maliniak (dok.).

Postęp okulistyczny Nr 8—9. Rumszewicz: O podwójnej i wielorakiej źrenicy, jako wadach rozwojowych oka. Majewski: O okularach à la Chamblant. Noiszewski: Jaskra.

Przegląd pedyatryczny Zesz. VI. Schoenaich: Leczenie czynnościowe popłonicznego zapalenia nerek u dzieci. Michałowicz: Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Kramsztyk: W sprawie dyetetycznego leczenia wyprysku u niemowląt. Starkiewicz: Kilka przypadków błonicy o niezwykle złośliwym przebiegu.

Kronika dentyst. Nr 10. Wilga (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 10. Ogórek-Pankowa (c. d.).

Zdrowie Zesz. 10. Piasecki: Zdobycze lat ostatnich w zakresie walki z chorobami zakaźnemi w szkole. Korczyński: Kilka uwag o rozwoju i higienie narządu krążenia. Bujwid: Cholera w Petersburgu. — Dziennik Zjazdu higienistów i lekarzy w Częstochowie.

Gruźlica Nr 4. Serkowski: W sprawie szerzenia się zarazy gruźliczej. Sterling: Stan publicznej walki z gruźlicą w Szwecyi. — Nr 5. Serkowski (dok.). Sterling: Muzea gruźlicze.

Głos lekarzy Nr 19. Ciechanowski: Referat z ankiety w sprawie gruźlicy, zwołanej przez Wydział krajowy. — Nr 20. Mikołajski: Wykluczenie reprezentacyi Polaków z kongresów lekarskich. Gilnreiner: Zadania Związku lekarzy okręgowych. Zasacki: W sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej lekarzy okręgowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 5. listopada 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O leczeniu spraw i zakażeń ropnych, kol. Dr Fechter. 3) Ważne sprawy administracyjne. 4) Uwagi o miejskich urządzeniach sanitarnych w Karlsbadzie, kol. Dr Rossberger.

Ze względu na bardzo ważne przedmioty rozpraw o jak najliczniejszy udział uprasza Biuro sekcyi.

Z biura sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*